FACULTÉ DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

1908-1909 N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE

ET PENDANT L'ACCOUCHEMENT

dans les cas de cancer du col de l'Utérus

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 20 Février 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SABOTIER Alfred

Né le 15 Novembre 1880, à Dieuze (Lorraine annexée)

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Examinateurs de la Thèse :

MM. HERRGOTT professeur . . *Président.*

HAUSHALTER professeur . .

MICHEL agrégé . . . . *Juges.*

FRUHINSHOLZ agrégé . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1908-1909 **N° 8**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE

ET PENDANT L'ACCOUCHEMENT

dans les cas de cancer du col de l'Utérus

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 20 Février 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SABOTIER Alfred

Né le 15 Novembre 1880, à Dieuze (Lorraine annexée)

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

AGAD. LORBAT BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur . .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur . .	*Juges.*
	MICHEL	agrégé	*Juges.*
	FRUHINSHOLZ	agrégé	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1909

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. BERNHEIM, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, I ✪.

Professeurs : MM.

Clinique médicale	BERNHEIM, ✻, I ✪.
Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ✪.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	HERRGOTT, ✻, I ✪.
Hygiène	MACÉ, I ✪.
Thérapeutique et Matière médicale	SCHMITT, I ✪.
Physiologie	MEYER, I ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne	SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ✪.
Médecine légale	PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ✪.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ✪.
Histologie	BOUIN, I ✪.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, I ✪.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours : MM.

Clinique des maladies des vieillards	ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ✪, agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I ✪, id.
Clinique d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ✪, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ✪, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ✪, id.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	PARIS, A ✪.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ✪.	MM. RICHON, A ✪.	MM. DUFOUR, A ✪.
L. SPILLMANN, A ✪.	G. GROSS, A ✪.	SENCERT, A ✪.
MICHEL, A ✪.	FRUHINSHOLZ, A ✪.	ROBERT, A ✪.
HOCHE, I ✪.	COLLIN, A ✪.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪,
ZILGIEN, A ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, et nous fait aujourd'hui le grand honneur d'en accepter la présidence. Nous le remercions des conseils qu'il nous a prodigués pendant l'année d'internat passée dans son service. Un événement heureux nous a permis d'apprécier par nous-même sa bonté son grand dévouement ; qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MES MAITRES D'INTERNAT

Année 1904-1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Année 1905-1906

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JACQUES

Année 1906-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

Respectueux témoignage de reconnaissance

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

G. MICHEL ET FRUHINSHOLZ

Hommage affectueux.

AVANT-PROPOS

Pendant l'année d'internat que nous avons passée à la Maternité, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'accouchement rendu impossible par la présence d'un cancer au niveau du col utérin. Notre maître, M. le Professeur Herrgott, nous donna le conseil, à l'occasion de cette observation, de traiter dans notre thèse inaugurale la question relative à l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans les cas de cancer du col observés pendant la grossesse et pendant l'accouchement. Nous nous sommes efforcé de résoudre cette question ; si, à certains moments, nous restons encore dans le doute sur la conduite à tenir, c'est que, dans certains cas, les observations dont on dispose ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de tirer des conclusions précises.

Après avoir émis quelques considérations sur les diverses formes de cancer, nous avons divisé notre travail en deux parties.

Dans la première partie, en nous basant, d'une part,

sur les hystérectomies faites pendant la grossesse, et, d'autre part, sur les statistiques récentes d'hystérectomie abdominale totale pratiquée en dehors de l'état gravidique, nous étudions la conduite à suivre pendant la grossesse, la vie de la mère étant surtout le but de nos préoccupations.

Dans la deuxième partie, consacrée à ce qu'il convient de faire pendant l'accouchement, nous montrons que c'est surtout de l'enfant qu'il faut s'occuper, l'intervention curatrice, au point de vue maternel, n'étant souvent plus à espérer. Nous cherchons enfin, l'enfant étant extrait vivant, à déterminer les cas dans lesquels une opération est encore possible et peut entraîner une survie durable pour la mère.

Quelques considérations cliniques sur la nature et la marche du cancer du col de l'utérus

Parmi les néoplasies malignes susceptibles d'atteindre l'utérus, les tumeurs du col présentent seules à proprement parler un véritable intérêt pour l'accoucheur. En effet les cancers qui ont pour siège la cavité utérine déterminent du côté de la muqueuse de cet organe des modifications telles que la greffe ovulaire est, à part de rares exceptions, rendue dans ces cas impossible. Le cancer du col au contraire en permettant assez fréquemment la fécondation, soulève pendant le développement de la grossesse de graves problèmes obstétricaux ; l'expérience montre que dans bons nombres de cas la gestation peut être conduite heureusement à terme, mais à ce moment le développement du cancer s'oppose à l'expulsion normale du produit de conception et fait naître alors de grosses difficultés pour l'accoucheur. C'est pour ces raisons que le cancer du col fera seul l'objet de notre travail.

Il ne rentre pas dans le cadre de notre étude d'envisager la nature histologique des tumeurs malignes du col utérin. Les anatomopathologistes les classent sous deux rubriques principales : l'épithélioma pavimenteux et l'épithélioma cylindrique suivant que le point de départ du néoplasme a été la face externe du museau de tanche ou la muqueuse du canal cervical.

Restant sur le terrain clinique, il est plus avantageux de s'en rapporter pour la classification des cancers du col aux données fournies par l'aspect extérieur de la tumeur, que l'examen au spéculum ou simplement l'examen digital peut révéler. On distingue ainsi au moins au début trois formes de cancer du col : la forme papillaire ou végétante, la forme interstitielle et la forme cavitaire.

L'épithélioma végétant ou papillaire offre l'aspect d'un chou-fleur ordinairement sessile, implanté sur une des lèvres. Dans les cas plus avancés la tumeur a déjà envahi les culs de sac ou même une partie de la paroi vaginale antérieure ou postérieure. Les bourgeons sont friables, ils se désagrègent avec facilité en donnant lieu à des pertes de sang d'abondance variable mais rarement excessive.

Le cancer infiltré ou nodulaire prend naissance dans l'épaisseur même du col en formant un noyau dur à limites diffuses, qui finit par s'ouvrir tardivement du côté du vagin en produisant une ulcération profonde qui repose sur une base indurée ; elle est entourée de bords épaissis, infiltrés, sans limites précises. Dans certaines formes, l'ulcération progressant de dedans en dehors évide le col, dont les lèvres finissent par dispa-

raître si bien que la cavité cervicale se continue directement avec le vagin.

La forme cavitaire, enfin, évolue du côté de la cavité cervicale en évidant les parois de l'organe. La muqueuse cervicale est peu à peu détruite par une ulcération qui peut creuser tout le col sans beaucoup changer sa forme extérieure. D'autrefois l'ulcère est envahi par des végétations polypoïdes qui viennent faire saillie jusqu'au niveau de l'orifice externe.

Tels sont les différents aspects que peuvent présenter au moins au début les cancers du col de l'utérus. Lorsqu'ils sont trés développés, ils gagnent des caractères communs et il est absolument impossible de reconnaître leur point d'origine.

Ce qui fait la malignité des néoplasmes du col de l'utérus c'est qu'ils se propagent avec facilité aux organes voisins et même, par pénétration des cellules cancéreuses dans les voies sanguines et lymphatiques, peuvent produire des métastases secondaires dans les différents organes, phénomènes tardifs et très rares, que nous ne faisons que mentionner, ou des métastases bien plus fréquentes dans les ganglions lymphatiques qui prennent une grande importance dans la question de la curabilité opératoire des cancers du col.

Tandis que les formes papillaires ou interstitielles, qui correspondent aux épithélioma pavimenteux des anatomopathologistes ont de la tendance à s'étendre sur les parois vaginales, qu'ils envahissent assez rapidement les cancers cavitaires au contraire s'étendent plus particulièrement vers l'orifice interne de l'utérus, ils

peuvent mais tardivement envahir les culs de sac du vagi ..

L'extension la plus redoutable au point de vue du pronostic opératoire est celle qui se produit en large du côté du tissu cellulaire dans le sens des lymphatiques. L'anatomie montre que les lymphatiques du col de l'utérus aboutissent à 3 ou 4 troncs lymphatiques qui se détachent de la partie latérale du col et presque immédiatement après s'accolent aux vaisseaux utérins, dont ils suivent la direction. Comme ces derniers ils cheminent tout d'abord de dedans en dehors dans la base du ligament large, puis s'infléchissant en haut et en arrière, ils gagnent la paroi latérale du bassin et viennent se terminer dans un groupe de 2 ou 3 ganglions qui sont placés dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive.

Une question du plus haut intérêt au point de vue pratique est celle de l'époque où se produisent les métastases ganglionnaires. Mais cette question est très difficile à résoudre car d'une part il est des inflammations du ligament large et des hypertrophies ganglionnaires qui n'ont aucun caractère hystologique de dégénérescence cancéreuse et qui sont dues à des lymphangites et adénites, reconnaissant comme cause la plaie suppurante qui existe au niveau du cancer du col.

D'autre part, sans qu'on puisse en connaître exactement la raison, la marche du cancer du col est excessivement variable. A côté des cas les plus fréquents où la maladie évolue en 14 ou 15 mois, pendant lesquels on assiste à l'envahissement progressif des différents organes du petit bassin, il en est d'autres qui évoluent très rapidement, et envahissant les ligaments larges,

les ganglions, les tissus voisins, aboutissent en 3 ou 4 mois à la période terminale. Ou bien au contraire la marche de l'affection est excessivement lente, la maladie reste longtemps localisée ; l'envahissement des organes voisins se produit peu à peu et dans ces cas la durée de l'évolution peut être fort longue ; ce n'est qu'au bout de 3 ou 4 ans que l'affection arrive à la période terminale. Ces cas à marche fort lente expliquent comment on a pu constater des guérisons certaines et durables après des opérations partielles, l'amputation du col de l'utérus.

Ce qui complique en outre la question de la date d'apparition des métastases ganglionnaires, c'est qu'il existe dans les cancers du col une très grande différence dans leur mode de propagation.

Tandis que certaines formes de cancer s'étendent surtout en surface, envahissant de proche en proche les tissus voisins, et ne retentissant que tardivement sur les ganglions lymphatiques, d'autres, au contraire, évoluent surtout par métastases ; dans certains cas un cancer cliniquement au début et bien localisé au col, peut avoir déjà cependant produit une dégénérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques ; celle-ci peut du reste ne se manifester par aucune hypertrophie ganglionnaire et n'être reconnue que par des examens hystologiques.

Ces données expliquent comment on peut voir cliniquement ces faits paraissant paradoxaux d'un cancer étendu, guérissant par l'hystérectomie totale, et inversement d'un cancer au début et bien localisé récidivant malgré l'opération précoce et radicale. Ces différences dans l'extension du cancer du col rendent donc impos-

sible l'affirmation absolue d'une guérison après l'intervention chirurgicale. Il peut arriver, en effet, que des cas, estimés très favorables par tous les opérateurs, malgré une intervention précoce et radicale, récidivent. Il est absolument impossible de prévoir ces insuccès, puisque la gravité de ces cas ne se manifeste cliniquement par aucun symptôme perceptible.

Si on ne peut afirmer la guérison d'un cancer du col, on peut cependant, à part les cas impossibles à prévoir, que nous venons de rappeler, espérer avoir d'autant plus de chance de succès que l'opération sera plus précoce et plus radicale. Le perfectionnement du manuel opératoire a entraîné du reste une amélioration très notable des statistiques ; celles récentes en effet de Wertheim, de Faure, de Jayle sont très favorables, et indiquent un grand nombre de survies après l'opération. Nous avons pensé que de telles améliorations devaient influencer la conduite à tenir en présence d'un cancer du col évoluant au cours d'une grossesse, et qu'il était intéressant de rechercher à l'heure actuelle la conduite qu'il faut préconiser dans ces cas.

PREMIÈRE PARTIE

Conduite à tenir en présence d'un cancer du col reconnu au cours de la grossesse

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Pour pouvoir établir la conduite à tenir à l'heure actuelle en présence d'un cancer du col évoluant au cours d'une grossesse, voyons d'abord quelles furent les opinions émises par les différents auteurs sur ce sujet.

Avant et même au début de la période antiseptique, alors que toute intervention opératoire comportait un pronostic excessivement sérieux, presque toujours mortel, on comprend que l'expectation ait été recommandée. Devant les insuccès même des opérations partielles, l'abstention de toute intervention pendant la grossesse était la règle.

Ainsi s'exprime Charpentier dans son traité des accouchements paru en 1883, page 270 : « En présence d'une maladie fatalement mortelle pour la mère dans un temps plus ou moins rapproché, nous croyons qu'il faut avant tout songer à l'enfant... ce serait aller direc-

tement contre le but qu'on se propose, c'est-à-dire le salut de l'enfant, que d'intervenir chirurgicalement. C'est-à-dire de tenter pendant le cours de cette grossesse la destruction ou l'extirpation de la partie cancéreuse par le feu ou par le bistouri... Donc la règle est l'expectation. Attendre est pour nous dans ces cas la règle absolue et il faut se borner pendant la grossesse à combattre les hémorragies par des applications de perchlorure de fer, par des injections astringentes et antiseptiques ».

Même conduite est recommandée par Bar dans la thèse d'agrégation qu'il soutint en 1886. L'auteur devant les mauvais effets donnés par les quelques tentatives d'ablation de l'utérus conclut : « pratiquer l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale pendant la grossesse à une époque où le fœtus est viable, que le cancer soit étendu ou ait dépassé les limites de l'utérus ou *qu'il soit limité*, serait faire œuvre inutile et dangereuse. Imiter Spencer Wells et intervenir à une époque où le fœtus n'est pas viable, serait perdre certainement le fœtus et hâter peut-être plus la mort de la mère que ne le feraient le reste de la grossesse ou une des opérations palliatives auxquelles on peut recourir ». L'auteur recommande donc l'expectation et ne reconnaît d'indication à la Césarienne que lorsque l'enfant étant vivant, la mère est à toute extrémité ou vient de succomber.

Le perfectionnement de la technique opératoire et l'application précise des méthodes aseptiques en chirurgie rendirent les succès opératoires plus certains dans les cas de cancer non compliqués de grossesse. L'amélioration des statistiques engagea les gynéco-

logues à essayer également dans les cas de cancer compliquant la grossesse, l'extirpation de l'utérus.

Ces interventions furent surtout acceptées en Allemagne, notamment après que les recherches d'Olshausen, de Konrard Hense, d'Orthmann eurent signalé des cas de longues survies sinon de guérison pour les femmes ayant subi des opérations radicales. Tous les auteurs allemands acceptent en effet l'intervention pendant la grossesse, alors que le cancer est reconnu opérable ; l'hystérectomie totale est pour eux la seule conduite à tenir, et ils ne discutent que sur la voie la meilleure pour effectuer cette extirpation de l'utérus. L'accord est du reste actuellement établi parmi eux, et, depuis les travaux de Wertheim, c'est la voie abdominale qui est recommandée par tous.

Tandis que, comme nous venons de le voir, en Allemagne, le principe d'intervention radicale pendant la grossesse est adopté par tous les auteurs, sans prêter aucune attention au produit de conception, en France, au contraire, il y a une hésitation assez grande dans la conduite à tenir en présence d'un cancer du col compliquant la grossesse. En 1894, Hernandez dans un article paru dans les Annales de gynécologie, soutient que dans tous les cas où l'intervention radicale est possible, elle s'impose ; il faut enlever l'organe cancéreux sans s'occuper du fœtus qu'il contient si ce dernier n'est pas viable au moment où le mal est reconnu. Pendant les trois premiers mois, l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale. Lorsque le fœtus est viable, l'opération césarienne immédiatement suivie de l'extirpation totale de l'utérus et des annexes répond au desideratum

formulé, mais l'auteur insiste surtout sur ce que entre le 4e et le 7e mois et demi, l'hystérectomie abdominale totale sera pratiquée sans retard. L'auteur s'appuie sur les observations de Mackenrodt pour soutenir que, même à 7 mois, l'enfant étant vivant, il faut pratiquer l'extirpation totale de l'utérus et des annexes sans se préoccuper de l'enfant. Il faut agir pour la mère, car si dans l'espoir de sauver l'enfant, on attend quinze jours afin d'assurer la viabilité de celui-ci, le cancer peut se prolonger au point d'empêcher l'intervention radicale. L'auteur ne reconnaît qu'un cas dans lequel il faut abandonner le cancer à sa marche naturelle et règler sa conduite dans l'intérêt du fœtus, c'est lors de cancer inopérable.

Cette conduite interventionniste eut peu d'imitateurs en France. En 1895, en effet, dans un article paru dans le Bulletin médical du 12 juin, Pinard recommande l'expectation pendant la grossesse, car dit-il : « étant donné que la vie de l'enfant doit entrer en ligne de compte, on ne serait en droit de la sacrifier que si les résultats obtenus par les méthode opératoires pendant la grossesse étaient très favorables à la survie de la mère». Telle est également l'opinion de Maygrier dans l'article du livre de Tarnier, Budin, Chantreuil, paru en 1898 : « L'intervention chirurgicale ayant pour but l'ablation du cancer du col chez les femmes enceintes gagne chaque jour du terrain. Mais cette pratique soulève néanmoins plus d'une objection ; ce qu'on peut lui reprocher c'est de précipiter la mort de quelques femmes et de compromettre la vie d'un grand nombre d'enfants quand l'opération est faite avant le terme de

la grossesse, c'est en outre de ne procurer le plus souvent qu'une guérison opératoire éphémère, car presque toujours les opérées succombent à bref délai par récidive du cancer ». Et cependant Gailly, sous l'inspiration du Professeur Polloson, soutenait en 1900 dans sa thèse inaugurale que lorsque le cancer peut être considéré comme opérable, il faut intervenir sans retard et ne pas hésiter à sacrifier l'enfant ; ce n'est qu'en cas de cancer inopérable, qu'abandonnant les intérêts de la mère, on ne doit avoir d'autre souci que d'obtenir un enfant vivant. Cependant lorsque la marche du cancer est telle qu'entraînant rapidement la cachexie de la mère, elle compromet forcément le fœtus, le chirurgien est en droit d'interrompre la grossesse considérée comme une complication très grave du cancer.

La question de la conduite à tenir en présence d'un cas de cancer du col évoluant au cours d'une grossesse se présenta devant la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, à propos d'un cas présenté par Legueu à la séance du 14 janvier 1901. Bouilly, Pinard, Varnier, Champetier de Ribes, considérant la femme enceinte comme perdue, n'ont qu'un but, sauvegarder la vie de l'enfant, aussi recommandent-ils dans tous les cas l'expectation jusqu'à terme. Tandis que Legueu et Pozzi, se basant sur les résultats obtenus en chirurgie abdominale, et sur l'influence néfaste du cancer sur l'évolution de la grossesse, préfèrent au début de la gestation, dans les cas opérables, essayer de sauver la mère, et préconisent avant le 4e mois l'hystérectomie abdominale totale ; après le 4e mois, ils recommandent l'expectation, mais hantés

par les risques que court la femme du fait de son cancer, ils recommandent de ne pousser l'expectation que jusqu'au 8e mois. L'avis de Segond, lui, est très mitigé, d'une façon générale, il prend parti pour l'enfant ; mais si la grossesse est au début, et le cancer bien limité, il pense que dans ces cas il faut opter pour l'hystérectomie abdominale, qui donne, alors une survie pouvant être assez longue pour donner l'illusion d'une guérison. Après discussion les différents auteurs gardèrent à peu près leurs opinions, les uns demandant dans tous les cas l'expectation jusqu'à terme ; les autres réclamant au début de la grossesse, en cas de cancer opérable, l'intervention radicale par hystérectomie totale et n'abandonnant que l'expectation jusqu'à la viabilité du fœtus, ayant éte convaincus que dans ces cas l'expectation jusqu'à terme est préférable.

Ainsi malgré la discussion, il restait une certaine fluctuation sur la conduite à tenir en présence d'un cancer opérable pendant la grossesse. Aussi ne nous étonnons-nous pas de voir dans la même année, en 1904, à Lyon, deux thèses défendre chacune une conduite opposée. Paul Dève adopte en effet dans sa thèse faite sous l'inspiration de Commandeur, la conclusion suivante : dans le cancer il faut laisser évoluer la grossesse et opérer le plus près possible du neuvième mois, ou au début du travail. Tout au contraire, Condamin dans sa thèse où il soutient les opinions du Professeur Pollosson, arrive à conclure qu'en présence d'un cancer du col opérable constaté pendant le cours de la grossesse, le devoir du chirurgien est d'intervenir, mais si

le paramétrium est envahi, si peu soit-il, la mère est perdue, on n'aura plus à s'occuper que de l'enfant. Pendant le 6e mois et le 7e mois de la grossesse, si le cancer est tout à fait au début et que le chirurgien pense en attendant un mois ou deux pouvoir encore faire une opération radicale, l'auteur recommande alors d'attendre la viabilité du fœtus ; dans le cas contraire, si le cancer encore opérable, ne doit plus l'être quelque temps après, il faudra intervenir sans s'inquiéter du fœtus. Telle est également la conduite proposée par Briend dans sa thèse soutenue à Lyon en 1905, dans les cas opérables il penche pour l'intervention dans les premiers mois de la grossesse, mais à partir du 6e mois le médecin agira suivant son sens clinique, s'il pense qu'il peut différer un peu l'intervention sans que cela porte un grand préjudice à la réussite, il le fera. Mais avant tout il doit considérer le cancer et son évolution.

C'est également à la conduite interventionniste que se rallie Oui dans le rapport présenté au Congrès de gynécologie obstétrique et pédiatrie tenu à Alger en 1907, mais il insiste sur ce fait que « il est illogique de retarder l'intervention pour faire l'hystérectomie au moment où le fœtus est viable. Le petit nombre de succès ainsi obtenu en ce qui concerne l'enfant et les rares survies sérieuses ainsi observées chez les mères, montrent que cette pratique n'est heureuse ni pour l'un ni pour l'autre. Quand le fœtus est viable, la meilleure conduite à tenir est d'attendre le terme de la grossesse ».

Telles sont les opinions très différentes et opposées

qui furent soutenues par les différents auteurs dans le cours de ces dernières années. Pour pouvoir dégager la conduite qu'à l'heure actuelle il faut préconiser, voyons tout d'abord si on peut intervenir chirurgicalement et d'une façon efficace sur un utérus gravide carcinomateux.

En effet dans la célèbre discussion à la Société d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris en 1901, ce qui faisait nettement se prononcer contre l'intervention pendant la grossesse, c'était le peu de confiance qu'avaient les différents auteurs dans les résultats éloignés des opérations. Mais actuellement les progrès de la chirurgie pour cancer du col de l'utérus sont réels et indiqués dans la statistique récente de Wertheim qui note dans 61 % des cas l'absence de récidive après 5 ans écoulés, et celles également favorables de Faure et de Jayle.

Ces progrès, réalisés dans la chirurgie du cancer du col de l'utérus en dehors de l'état gravide, doivent avoir une répercussion sur celle du cancer pendant la grossesse : il nous semble qu'étant donnés ces succès la question ne se pose plus à l'heure actuelle comme en 1901, et qu'elle doit être traitée à nouveau, car la constatation de nombreux résultats heureux pour les mères, devra nous faire sortir de la conduite sage et raisonnable des abstentionnistes, qui n'a sa raison d'être que parce qu'elle se fonde sur la récidive presque certaine du cancer après l'opération.

CHAPITRE II

De la possibilité d'une intervention radicale dans les cas de cancer du col reconnus au cours de la grossesse.

Possibilité de la technique opératoire, sans aggravation du fait de l'état gravidique. — Observations de cas de cancer compliquant la grossesse, recueillis dans la littérature allemande et française, et notés sans récidive au moins un an après l'opération. Leur nombre indique la possibilité de l'intervention pendant la grossesse.

Le développement du produit de conception ne se fait pas sans entraîner chez la femme des modifications profondes de l'organisme et en particulier des organes génitaux. Ceux-ci sont très congestionnés, les vaisseaux prennent un développement considérable. Mais contrairement à ce que l'on croyait autrefois, ces modifi-

cations n'apportent aucune difficulté à la technique opératoire et la grande vascularité de la région n'aggrave aucunement le pronostic qui reste celui de la même opération en dehors de l'état gravide. Aucune des observations, que nous citons plus loin, ne note en effet de difficulté de technique, certaines même insistent sur la facilité de l'intervention chez la femme enceinte et sur le peu d'hémorragie au cours de l'opération. (Voir observations I, II, IX, XIV, XVII, XVIII, XIX, XX). C'est du reste l'avis de tous ceux qui ont été amenés dans ces derniers temps à extirper des utérus gravides pour quelle que cause que ce fut. Mais si au point de vue de la technique opératoire l'intervention est possible pendant l'état gravidique, on ne doit pas oublier qu'intervenir d'une façon radicale pour un cancer du col encore opérable et compliqué de grossesse, c'est supprimer le fœtus au bénéfice de la mère, ce que l'on n'est autorisé à faire que si les résultats obtenus par les méthodes opératoires pendant la grossesse sont favorables à la survie de la mère.

Doit-on être aussi pessimistes que bien des gynécologues français, en particulier Pinard, Bouilly, Varnier, Champetier, croire à la récidive presque constante du cancer de l'utérus, et pour ce fait refuser toute intervention pendant la grossesse ; ou au contraire, avec tous les auteurs allemands et la plupart des chirurgiens français, doit-on avoir confiance dans les progrès de la chirurgie et en opérant dans de bonnes conditions, avec une technique opératoire bien précisée à l'heure actuelle, peut-on espérer donner aux femmes une longue survie pouvant-être considérée comme une

guérison. Nous avons à ce point de vue recherché dans la littérature médicale française et allemande parmi les observations d'hystérectomies faites pendant la grossesse, les cas dans lesquels aucune récidive n'a été notée au minimum un an après l'opération faite par n'importe quel procédé, voie vaginale, après ou sans évacuation préalable de l'utérus, voie abdominovaginale, voie abdominale.

Nous avons éliminé, comme faisant partie des suites de couche, les cas d'hystérectomie pratiquée plus ou moins longtemps après *l'avortement spontané*. C'est pour cette raison que ne figure pas dans ces observations, le cas de Zweifel, grossesse de 3 mois, cancer et annexite bilatérale, hystérectomie abdominovaginale, 3 semaines après avortement le 11 avril 1893. (Voir Glockner) classé par Oui dans son rapport comme hystérectomie pendant la grossesse (p. 204 cas n° 4).

Nous avons pu ainsi recueillir 28 cas dont nous donnons les observations, car il nous a paru intéressant de les réunir.

OBSERVATION I

Brennecke (in Mohr, Th. de Halle 1889)

Cancer du col. Examen histologique. Grossesse de 4 mois Hystérectomie vaginale. Sans récidive 2 ans après l'opération

Mme N..., âgée de 38 ans, 7 accouchements antérieurs, le dernier il y a 3 ans. Jusqu'en décembre 1886 elle était réglée régulièrement, toutes les 3 semaines et demi à 4 semaines, règles abondantes, de 8 jours de durée. Depuis quelques années elle se plaignait de leucorrhée assez abondante.

La dernière période menstruelle régulière eut lieu le 20 décem-

bre 1886 ; huit jours après il se produisit une forte hémorrhagie, qui dura pendant trois jours ; pendant les 6 semaines suivantes les pertes sanguines réapparurent. Le 21 février 1887 la femme vient se faire examiner se plaignant de maux de reins et de tête, qui l'avaient obligé à s'alliter pendant 6 semaines ; elle se plaignait en outre de crampes d'estomac et de constipation. L'examen montre un utérus rétrofléchi, augmenté de volume, présentant les signes d'une grossesse de 2 mois environ. Là lèvre antérieure du col utérin est ulcérée et infiltrée. Sur elle il existe une petite ulcération, à peine grosse comme une pièce de 5 pfennigs, irrégulière mais bien délimitée, érodée à sa surface. Les bords et la base de cette ulcération sont très infiltrés. La surface de l'ulcération est très granuleuse : son fond est parcouru de rhagades profondes, dont les bords sont recouverts d'excroissances molles, ces végétations se rencontrent également sur toute la circonférence de l'ulcère et remontent dans le canal cervical, le long de la paroi antérieure. On prélève un petit morceau de la tumeur nettement carcinomateuse pour recherche microscopique. La préparation durcie dans l'alcool montre dans beaucoup de coupes, faites perpendiculairement à la superficie de l'ulcère, l'existence dans un tissu alvéolaire, de cellules épithéliales très volumineuses. Dans plusieurs endroits les amas de cellules épithéliales montrent une structure en forme de bulbe.

Diagnostic. — Cancer du col au début dans un utérus gravide de 2 mois et rétrofléchi. La malade consentit à l'ablation totale par voie vaginale de son utérus. Cette opération fut faite le 27 février 1887, sans difficulté particulière.

La malade revue en 1889, 2 ans après se réjouit de son excellente santé.

Il n'existe aucune trace de récidive.

OBSERVATION II

CONDAMIN (Ann. de Gyn. 1905)

Cancer du col. Examen histologique. Grossesse de 3 mois Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 17 mois après l'opération

F. Chav... réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Mariée à 20 ans, a eu 6 enfants dont 4 sont vivants. Le dernier accouchement en 1896, fut suivi d'une poussée inflammatoire, du côté des annexes, qui guérit par le repos et la révulsion. En 1902, à la fin du mois d'août après un retard de 3 semaines, pertes abondantes. On constate quelque temps après une salpingite gauche. Le 20 octobre, ablation de cette trompe par la voie vaginale. En 1903 au mois d'août, la malade qui a un retard de 3 mois dans ses règles, vient consulter pour des douleurs et des pertes. On constate une grossesse manifeste de 3 mois, puis sur le col une ulcération molle, mais friable et saignante, occupant tout l'orifice cervical, surtout la lèvre antérieure.

Diagnostic. — Grossesse de 3 mois. Epithélioma du col. Entrée Salle Sainte-Thérèse, la malade est opérée le 1er août 1903. Après raclage soigné de la tumeur cancéreuse, hystérectomie vaginale (Condamin) suivant son procédé, c'est-à-dire ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, hémisection médiane de la paroi antérieure, extirpation d'un œuf correspondant à une grossesse de 3 mois; bascule du corps utérin dans le vagin et, comme dernier temps, section du cul de-sac postérieur. Il s'écoule très peu de sang pendant l'opération. La malade revue 17 mois après l'opération est en bonne santé. La cicatrice vaginale est souple, sans aucune récidive. L'examen histologique, pratiquée par M. Paviot indiqua qu'il s'agissait d'un épithélioma (forme très maligne).

OBSERVATION III

FEHLING (Münchener med. Wochenschr. 1897 n° 47)

Cancer du col. Grossesse de 2 mois. Hystérectomie vaginale Pas de récidive 5 ans 1/2 après l'opération

Mme C. K..., 29 ans, entrée à la clinique le 10 septembre 1894. Cinq accouchements antérieurs. Règles régulières. Dernières règles en juillet 1894. Depuis le mois d'avril, écoulements de sang à la suite du coït. Pas de douleurs, mais amaigrissement notable. Le col présente une tumeur dure, friable, saignant facilement, de la grosseur d'une noix. Utérus mou ; ligaments larges libres.

Diagnostic. — Cancer de la portion vaginale du col, grossesse ne pouvant être diagnostiquée avec certitude.

11 septembre 1894, ablation totale de l'utérus et des annexes par la voie vaginale. Guérison.

Dans l'utérus il existe un œuf au commencement du deuxième mois.

En 1897 l'opérateur apprend par une lettre de son médecin que la malade est bien portante.

Revue le 9 mai 1900, 5 ans 1/2 après, elle est toujours en excellente santé (Hense).

OBSERVATION IV

FEHLING (Münchener méd. Wochenschr. 1897 n° 47)

Grossesse à la fin du septième mois. Cancer du col. Césarienne abdominale, puis hystérectomie vaginale. Sans récidive 3 ans 2 mois après l'opération.

Mme X..., 40 ans, 7 accouchements antérieurs normaux, le dernier il y a 2 ans. Dernières règles au commencement de juin, 8 semaines après il se produit une hémorragie légère ; des hémorragies modérées se reproduisent alors jusque fin octobre avec au

maximum un intervalle de 15 jours. Aucune douleur. Le col est en forme de cône, de 2 cm. de long, lisse à la partie externe. Le canal cervical est ulcéré jusqu'à l'orifice interne.

Diagnostic. — Cancer de la muqueuse du canal cervical. Gravidité au 9e mois lunaire.

Enfant se présentant par le sommet, vivant.

Le 28 Janvier, quelques douleurs. Le 29 janvier à 8 heures du matin, section césarienne d'après Porro, puis extirpation du col utérin par le vagin. Enfant de 46 cm. de long, pesant 2300 gr., né vivant. Bien que l'opération jusqu'à l'extraction de l'enfant n'ait duré que 4 minutes, l'enfant qui d'abord vivait et criait, ne tarda pas à asphyxier. On le ranima au bout d'une heure de peine. Mais il succomba au bout de 6 heures. L'autopsie montra de l'atélectasie pulmonaire.

Signalée par Hense sans récidive 3 ans 2 mois après l'opération.

OBSERVATION V

FORTIM (Rapport de Potocki Soc. d'Obst. de Gyn. et de péd. Paris 9 février 1904)

Grossesse de 7 mois 1/2. Cancer du col se propageant à la paroi postérieure du vagin. Césarienne abdominale, puis hystérectomie vaginale. Sans récidive 2 ans après l'opération.

Femme de 31 ans, enceinte pour la dixième fois. Depuis le début de sa grossesse elle a eu des métrorragies presque continuelles et son état général s'est progressivement aggravé.

Vers le milieu du mois de septembre 1900, elle perçut les premiers mouvements actifs du fœtus. A partir du mois de décembre elle dut garder le lit tant était grande sa faiblesse.

Le 18 décembre 1901, le docteur Fortim vit cette femme pour la première fois et la trouva dans un état de cachexie avancée. Le fond de l'utérus, incliné à droite remontait à 6 cm. au dessus de

l'ombilic. L'enfant vivant se présentait par le siège. Par le toucher on trouve au fond du vagin une tumeur de la grosseur du poing, faisant corps avec le col de l'utérus, se détachant seulement d'une partie de la lèvre antérieure du col et qui se propageait à la paroi postérieure du vagin. La tumeur était assez consistante, mais quelques-unes de ses parties donnaient une sensation de fongosités. Le doigt venant de pratiquer le toucher était taché d'un liquide sanguinolent très fétide. Le diagnostic du cancer n'offrait pas de doute. La malade entrée à l'hôpital, est soumise au repos, à un traitement tonique et antiseptique, mais sans résultat, si bien que le jour fut pris pour l'opération qu'on fixa au 27 décembre. On résolut toutefois auparavant de pratiquer le curettage des fongosités et la désinfection complète du vagin. Malheureusement cette opération préliminaire ne put être menée à bien, car dès le premier coup de curette, il se produisit une abondante hémorragie qui obligea à renoncer à l'emploi de l'instrument et à se contenter d'un tamponnement serré du vagin. Des vomissements opiniâtres se succédèrent à partir de ce moment et sous l'influence des efforts les membranes se rompirent dans la nuit.

Le lendemain 27 décembre, opération césarienne. L'enfant du sexe féminin fut ranimé facilement. Il pesait 1800 gr. et mesurait 42 cm. de long. Il s'éleva très bien au sein d'une nourrice. Fortim désireux de débarrasser la malade de son néoplasme procéda alors à une seconde intervention par la voie vaginale. L'opération avait duré une heure environ. Les suites opératoires furent traversées par des accidents graves, mais la malade se leva au 21e jour et quitta l'hôpital quelque temps après. La santé se rétablit complètement et deux ans après l'opération il n'y avait pas trace de récidive.

OBSERVATION VI

FRITSCH (in Künschert, Th. de Bonn 1896)

Cancer du col. Utérus gravide de 2 mois. Hystérectomie vaginale
Pas de récidive un an après l'opération

Mme Kath. Rademacher de Graf Rheindorf, 35 ans, mariée depuis 10 ans a eu 6 accouchements, tous spontanés. Réglée à 17 ans. Les règles furent régulières, sans grandes pertes sanguines. A la suite d'un avortement il y a 3 mois la menstruation est devenue irrégulière et l'est restée jusque trois jours avant l'opération. Depuis ce jour la patiente se plaint de pertes continuelles qu'elle prend pour une menstrue. Depuis trois semaines il existe des douleurs de rein et de dos. Auparavant la femme était très bien portante et n'a eu qu'une maladie, l'influenza. Sa mère est morte de phtisie, son père vit et est bien portant. Le diagnostic fut celui de cancer du col dans un utérus gravide de deux mois environ.

L'opération fut faite le 6 avril 1895. Extirpation totale de l'utérus gravide par voie vaginale.

La guérison se fit normalement; le premier jour seulement, puis une fois au 15e ou 18e jour après l'opération il y eut une élévation de température de 39°1. Le 4 mai, 30 jours après l'opération la femme quitte le service guérie. Jusque maintenant, un an après l'opération, aucune récidive n'est notée.

OBSERVATION VII

HOFMEIER (in Krukenberg, Zeitschr. für Geb. und. Gyn. t. XXIII)

Cancer du col. Grossesse de 3 mois. Hystérectomie vaginale
Pas de récidive 4 ans 1/4 après l'opération

Femme de 36 ans, III par. Cancer du col au début portant sur la lèvre postérieure. Les ligaments larges sont libres. Grossesse de 3 mois. Extirpation de l'utérus par voie vaginale le 13 Février 1887. Pas de récidive en juin 1891, 4 ans 1/4 après l'opération.

OBSERVATION VIII

Iahreiss (Centralbl. für Gyn. 1899 p. 349 et in Hense Zeitschr. für Geb. und Gyn. tome 46)

Cancer du col. Grossesse de 8 mois. Section césarienne abdominale Hystérectomie vaginale. Sans récidive 2 ans 1/4 après l'opération.

Femme enceinte pour la 3e fois, utérus gravide de 8 mois. La lèvre antérieure porte un cancer, qui se propage à la lèvre postérieure. Paramètre libre. Section césarienne abdominale, suivie d'extirpation vaginale de l'utérus le 4 juillet 1898.

Enfant vivant. Convalescence rapide.

En bonne santé en octobre 1900, c'est-à-dire 2 ans 1/4 après l'opération.

OBSERVATION IX

Kötschau (Centralbl. für Gyn. 1899 n° 42)

Cancer du col. Grossesse près du terme. Césarienne et hystérectomie vaginale. Sans récidive 2 ans 1/2 apres l'opération

Femme de 40 ans, 6 accouchements antérieurs, cancer du col. Quelques jours avant le terme de la grossesse, on se décide à pratiquer l'intervention. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur ; séparation de la vessie et de l'utérus ; ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Section médiane des parois antérieures et postérieures du col cancéreux, puis de l'utérus. Ouverture de la poche des eaux. Version. On extrait un enfant vivant de 47 cm. de long. Puis on pratique l'hystérectomie vaginale. Opération facile, rapide, hémorragie modérée.

Deux ans et demi après l'opération la malade est en bonne santé (Orthmann).

OBSERVATION X

LANDAU (Mohr. Th. de Halle 1889)

Cancer du col. Examen histologique. Grossesse de 2 mois Hystérectomie vaginale. Sans récidive 13 ans après l'opération

Mme J..., 32 ans, 2 accouchements antérieurs et une fausse couche.

Réglée régulièrement, dans ces derniers temps assez abondamment, la dernière fois cinq semaines avant l'opération. Dans ces dernières semaines elle souffrait d'écoulements très fétides, plus ou moins sanguinolents, son état général est très atteint, elle est très amaigrie. A l'examen on constate que l'utérus est augmenté de volume, de la grosseur d'un utérus gravide de 2 mois et donne des sensations de mollesse si caractéristiques d'utérus gravide que l'on peut porter le diagnostic de grossesse au deuxième mois. Le col est mou, entr'ouvert et saigne fortement à l'introduction du spéculum. L'hémorragie est plus forte après attouchement léger avec un tampon d'ouate. Le col en entier est garni de végétations papillaires. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux de la portion vaginale du col. Hystérectomie vaginale. — La pièce a été présentée par le docteur Gottschaek devant la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin et l'observation fut publiée dans les Archives für Gyn. 1887 to ge 29 chapitre 3.

Jusqu'à 1889, deux ans après, le cancer n'a pas récidivé. En 1900, treize ans après l'opération, la malade est en bonne santé (Hense).

OBSERVATION XI

MACKENRODT (in Hernandez, Ann. de gyn. 1894)

Cancer du col. Examen histologique. Grossesse de 2 mois
Hystérectomie vaginale. Sans récidive un an après l'opération

Femme mariée, âgée de 26 ans, enceinte pour la troisième fois. Elle a eu son dernier enfant à l'âge de 21 ans 1/2, c'est-à-dire il y a 4 ans 1/2. A l'examen on trouve qu'elle a de fortes douleurs dans le ventre et une hémorragie considérable depuis 8 jours. Elle est enceinte de 2 mois environ, et atteinte de carcinome de la lèvre postérieure du col, confirmée histologiquement. Elle avait eu ses règles très régulièrement jusqu'au moment de cette grossesse. L'hémorragie n'était pas la conséquence du cancer, mais d'un avortement, car il y avait rétention d'une partie de l'œuf.

Traitement. — Curettage pour obtenir la rétraction plus complète de l'utérus et rendre ainsi plus facile l'hystérectomie vaginale pratiquée séance tenante. Convalescence facile, un an après l'opération la malade se trouve bien.

OBSERVATION XII

MACKENRODT (in Sarvey, handbuch der Gyn. III. 2. 1re partie)

Cancer du col s'étendant au vagin. Grossesse de 2 mois
Hystérectomie vaginale. Sans récidive 3 ans 1/2 après l'opération

Femme de 36 ans, 7e grossesse, atteinte d'un cancer du col ayant envahi les culs-de-sac vaginaux. Grossesse de 2 mois reconnue après l'opération. Hystérectomie vaginale le 14 septembre 1897. En avril 1901, 3 ans 1/2 après l'opération, la femme est en bonne santé (Hense).

OBSERVATION XIII

MITTERMAYER (Centralbl. für Gyn., 1908)

Cancer du col. Grossesse de 6m ois 1/2. Césarienne vaginale et hystérectomie vaginale. Sans récidive 3 ans 1/2 après l'opération.

Femme de 43 ans, 8e grossesse, la dernière il y a 7 ans. Cette grossesse commence au début de mars de cette année. Milieu de Juin apparurent des hémorragies irrégulières. Les pertes sanguines durent depuis 14 jours continuellement. Lorsque je vis la femme, la grossesse était de 6 mois 1/2. Le fond de l'utérus se trouvait entre l'ombilic et les fausses côtes. Le fœtus se présentait par le flanc et vivait. Le côté droit du col utérin était intact. Sur le côté gauche, sur la lèvre antérieure et postérieure, il existait une ulcération profonde. Le canal cervical était intact, fermé, bien conformé. Aucune douleur. Actuellement hémorragie peu intense, température normale.

Opération le 17 septembre. Après curettage de la masse carcinomateuse, le cancer se montra encore opérable. Césarienne vaginale puis hystérectomie. La guérison se fit normalement. Le fœtus avait 38 c. de long et 1450 gr. de poids.

Bien portante en avril 1901, 3 ans 1/2 après l'opération (Hense).

OBSERVATION XIV

OLSHAUSEN (Kaussmann Th. Berlin 1897)

Cancer du col s'étendant un peu au vagin. Grossesse de 2 mois. Hystérectomie vaginale. Sans récidive 4 ans 1/2 après l'opération.

Mme E..., 36 ans, IV par. réglée régulièrement. Dernières règles milieu de décembre 1886. Jusqu'à la fin janvier 1887 fortes hémorragies irrégulières.

2 février 1887. Cavité cervicale remplie d'excroissances molles.

Sur la lèvre postérieure le tissu de néoformation monte particulièrement haut dans le canal cervical, et se prolonge en bas un peu sur le vagin. Utérus augmenté de volume de la grosseur d'un utérus gravide de 2 mois.

13 février 1887 Extirpation totale par le vagin. L'opération dura une heure. Peu de sang ; guérison sans accidents.

2 mars 1887. Quitte le service guérie. Revue en juin 1891, c'est-à-dire 4 ans 1/2 après l'opération, était bien portante et ne présentait pas de récidive.

OBSERVATION XV

Olshausen (Zeitschr. für Geb. und Gyn., 1897, tome 37)

Cancer du col, grossesse de 4 mois 1/2. Hystérectomie vaginale après avortement provoqué. Sans récidive 6 ans 9 mois après l'opération.

Femme Scholback, 26 ans, trois accouchements antérieurs, onze mois avant cette grossesse, hémorragies atypiques. Dernières règles 16 janvier 1890. Le 28 mai, le bord de l'utérus s'élève à 2 travers de doigt au dessous de l'ombilic. On constate sur la lèvre antérieure du col la présence d'un cancer, la lèvre postérieure est libre dans les 2/3 de sa longueur, mais le canal cervical est envahi jusqu'au niveau de l'orifice interne. Le 28 mai cautérisation de la tumeur avec une solution de chlorure de zinc à 30°/₀, Avortement provoqué. Le 13 juin 1890 hystérectomie vaginale. La femme est encore maintenant en février 1897 en bonne santé, par conséquent 6 ans et 9 mois après son opération.

OBSERVATION XVI

OLSHAUSEN (Kaussmann Th. Berlin 1897)

Cancer du col envahissant la paroi vaginale antérieure. Grossesse de 4 mois. Hystérectomie vaginale. Sans récidive 6 ans 1/2 après opération.

X.... 36 ans, I par, règles irrégulières. Douleurs depuis quelques semaines, pas d'hémorragie. Sur la lèvre antérieure une ulcération carcinomateuse qui, au spéculum, a les dimensions d'une pièce de 5 marks, granuleuse et qui se prolonge en avant sur le tissu vaginal. A gauche, à l'entrée du canal cervical, une ulcération granuleuse de la grosseur d'une pièce de 10 pfennigs. Utérus gros comme un utérus gravide de 4 mois. Parametre libre.

28 juillet 1894. Le cancer envahit une grande partie de la paroi vaginale antérieure. Hystérectomie vaginale après cautérisation et curettage de la tumeur. Lésion insignifiante de la vessie. L'utérus a, sur la pièce conservée, une longueur de 13 cm. Le fœtus a une longueur qui correspond à une grossesse de 4 mois.

La malade est en janvier 1901, c'est-à-dire 6 ans 1/2 après son opération bien portante (Hense).

OBSERVATION XVII

ORTHMANN (Monatschr. für Geb. und Gyn., tome 18)

Cancer du col s'étendant au vagin. Utérus gravide de 3 mois. Extirpation vaginale. Pas de récidive 2 ans après l'opération.

M^me^ V... 28 ans, vient le 8 janvier 1901 à la polyclinique et se plaint de pertes sanguines continuelles, qui ont commencé à la fin d'octobre 1899 à la suite de ses règles et se reproduisent presque continuellement. Elle paraissent surtout être fortes au moment des rapports. Réglée à 17 ans. Dernières règles fin septembre. La

femme a accouché trois fois. Le dernier accouchement remonte au 2 janvier 1898. Accouchements faciles. Suites de couches normales. Aucun avortement. Appétit mauvais ; selles normales, envies fréquentes d'uriner. Etat général : frissons répétés.

L'examen montre : Vagin large, forte hémorragie au toucher, le col est très épaissi et induré, sur la lèvre postérieure il existe un noyaux saignant facilement, de la grosseur d'une noix. L'utérus, mou, est augmenté de volume : il est en rétroflexion mais se laisse facilement redresser. Colostrum dans les seins.

Diagnostic. — Cancer de la lèvre postérieure du col, rétroflexion mobile de l'utérus gravide de 3 mois.

11 janvier 1901 Extirpation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale L'opération s'accomplit d'une façon typique, sans aucune difficulté. Malgré le développement vasculaire intense aucune hémorragie sérieuse. Les suites opératoires furent normales, sans température. La femme quitta le service au 18e jour. D'après les derniers renseignements elle n'avait pas récidivé 2 ans après son opération. La pièce, présentée par l'auteur à la séance de la Société de gynécologie et d'accouchement le 11 janvier 1901, montre que toute la partie de la lèvre postérieure du col était envahie par des excroissances en forme de choux-fleurs, qui s'étendaient déjà un peu en arrière et à droite sur le vagin.

Sur une coupe sagittale de l'utérus gravide on voit dans la cavité de l'œuf un fœtus bien conservé de 5 cm. 2 de longueur. Le placenta siège sur la paroi antérieure.

OBSERVATION XVIII

ORTHMANN (Monatschr. für Geb. und Gyn., tome 18)

Cancer du col. Examen histologique. Grossesse de 2 mois. Hystérectomie vaginale. Sans récidive 1 an après l'opération.

Mme H..., âgée de 39 ans, se plaint depuis plusieurs années de pertes blanches, dans ces derniers temps de douleurs et de pertes

sanguines peu abondantes, en outre de frissons. Premières règles à 16 ans, dernières règles le 24 octobre 1901. A accouché 6 fois, la dernière fois il y a 3 ans, aucun avortement. L'examen pratiqué le 17 décembre 1901 montre que l'utérus est antéfléchi, augmenté de volume, rappelant une grossesse de 2 mois, de consistance molle. Le col est très épaissi sur la lèvre postérieure et un peu à droite on tombe sur une place rugueuse, dont les tissus se laissent facilement dilacérer. Les annexes et le paramètre sont libres.

Diagnostic. — Grossesse de 2 mois. Carcinome de la lèvre postérieure.

20 décembre 1901. Sur le côté droit de la lèvre postérieure on enlève un morceau de tissu en forme de coin et la blessure est réunie par un fil de catgut. Les recherches microscopiques confirment le diagnostic de cancer du col.

21 décembre 1901. Extirpation de l'utérus et des annexes par voie vaginale. Opération typique, sans difficulté. Suites opératoires normales, sans température. La femme quitte le service au 18e jour.

D'après les derniers renseignements environ un an après sont opération la femme ne présente pas de récidive.

La préparation montre à côté de la suture, au voisinage de la commissure droite, une petite portion ulcérée. A l'ouverture de l'utérus on voit l'œuf de la grosseur d'une noix, siégeant à la paroi postérieure et supérieure de l'utérus Dans la cavité de l'œuf se trouve un fœtus frais de 1 cm. 2 de long.

OBSERVATION XIX

THEILHABER (Archiv. für Gyn., tome 47)

Cancer du col. Grossesse de 7 mois. Après accouchement prématuré artificiel, hystérectomie vaginale. Sans récidive 8 ans après l'opération,

Mme R..., 36 ans, 6e grossesse, l'enfant le plus âgé est né nor-

malement et a actuellement 10 ans. Elle fit 3 accouchements prématurés à 7 mois, enfin un avortement au 3e mois. Dernières règles le 6 décembre 1892. Depuis 4 mois, hémorragies génitales assez abondantes. Portion vaginale du col transformée dans ses 4/5 environ en une masse en chou-fleur. La portion supra vaginale est indemne ainsi que le paramètre et la voûte vaginale. Enfant en présentation du sommet. Battements perçus à gauche de l'ombilic. Pour le traitement j'avais le choix entre : l'expectation jusqu'à terme, l'extirpation du col cacinomateux, l'extirpation totale de l'utérus gravide par la méthode de Freund, enfin, après accouchement prématuré artificiel, l'extirpation totale par le vagin, dans les suites de couches. Je me décidai pour cette dernière intervention. L'hystérectomie fut faite le 20 juillet, 20 jours après l'accouchement prématuré. L'opération fut facile en raison de la laxité que l'accouchement avait laissé aux tissus. Suites opératoires compliquées de fièvre pendant les 8 premiers jours. Néanmoins la femme rétablie retourne chez elle 15 jours après avoir subi l'hystérectomie. J'ai revu la femme il y a quelques semaines, elle se plaint d'écoulements, mais elle s'est très bien remise, elle a augmenté de 11 livres et peut travailler. La cicatrice dans les culs-de-sac parait épaissie, probablement début de récidive. (Mais ce n'était qu'un noyau inflammatoire, car Hense note la femme comme en bonne santé 8 ans après l'opération).

OBSERVATION XX

THORN (Münchener Med. Wochenschr. 1899, n° 21)

Cancer du col. Grossesse à terme. Césarienne vaginale puis hystérectomie vaginale. Sans récidive 2 ans 9 mois après l'opération.

Mme H..., 40 ans, VII par, accouchements et suites de couches normaux. Femme petite, d'aspect misérable, très anémique. Dernières règles au commencement d'octobre 1897. Depuis décem-

bre pertes sanguinolentes, depuis mai 1898 fortes hémorragies.

Etat actuel. — Grossesse à terme, enfant se présentant par le sommet, mobile au détroit supérieur. Battements normaux. Grosse tumeur en chou-fleur, ulcérée, de la grosseur d'un petit poing sur la lèvre antérieure. La muqueuse de la cavité cervicale, la lèvre postérieure et le paramètre sont intacts.

Opération le 5 juillet 1898. Désinfection et cautérisation de la tumeur, section du cul-de-sac antérieur et séparation de la vessie Incision de l'utérus suivant la ligne médiane. Rupture de la poche des eaux. Application de forceps et extraction d'un enfant vivant au moyen de quelques vigoureuses tractions. Après la délivrance extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, qui fut très facile. La mère se rétablit normalement et l'enfant s'est bien développé.

En 1901, 2 ans et 9 mois après l'opération, la femme est en excellente santé (Hense).

OBSERVATION XXI

WINTER (K. Hense. Zeitschr. für Geb. und Gyn. tome 46)

Cancer du col. Grossesse de 5 mois. Hystérectomie vaginale. Sans récidive 21 mois après l'opération.

X.. 32 ans, 2 accouchements antérieurs. Grossesse de 5 mois. Cancer de la lèvre postérieure du col. Hystérectomie vaginale le 28 juillet 1899. Au mois d'avril 1901 la femme examinée ne présente pas de récidive, 21 mois après son opération.

OBSERVATION XXII

ZWEIFEL (in Glockner, Beitr. zur Geb. und Gyn. 1902)

Cancer du col. Grossesse de 5 mois. Extirpation abdomino vaginale. Sans récidive 7 ans 4 mois après opération.

Lö..., 34 ans, un accouchement spontané, sans accident. Depuis son mariage, remontant à neuf mois, écoulement de mucosités sanguinolentes après le coït. Dernières règles il y a 5 mois. Cancer de la portion vaginale du col (en forme de chou-fleur). Grossesse au 5e mois.

22 mai 1894, Amputation supravaginale de l'utérus, sans extraction préalable du produit de conception, les annexes gauches sont laissées en place. Extirpation du moignon par le vagin, Pronostic posé comme favorable, Résultat immédiat : guérison.

Le 10 septembre 1901, la malade écrit qu'elle se trouve en bonne santé. Sans récidive depuis 7 ans 4 mois.

OBSERVATION XXIII

DÖDERLEIN (in Sarwey. Veit'shandbuch tome III, chap. 2.1899)

Cancer du col, infiltration du paramètre droit. Grossesse de 3 mois Hystérectomie abdominale. Sans récidive 3 ans après

A. F. von Herbrechtingen, O. A. Heidenheim, 42 ans, a eu 12 grossesses, 8 spontanées et 4 avec difficulté par version et extraction. Jusqu'en décembre 1897, les règles surviennent régulièrement toutes les 4 semaines, pendant 4 ou 5 jours, elles sont très abondantes. Depuis la malade a des hémorragies, qui se produisent d'une façon irrégulière, elle se plaint d'écoulements fétides et de douleurs dans le sacrum.

Etat actuel. — Femme de petite taille, dans un état de nutrition moyen, d'aspect anémique. La lèvre postérieure du col a une dureté carcinomateuse, saigne facilement au toucher. L'utérus est

en antéflexion, augmenté de volume, et a perdu sa mobilité. Le paramètre droit est infiltré, le gauche est libre. Ni les anamnestiques, ni l'état actuel n'a fourni de signes précis d'une grossesse possible. A cause de l'infiltration étendue du paramètre droit, on a dans ce cas, comme dans un certain nombre d'autres cas de carcinome non compliqué de grossesse, malgré l'augmentation peu considérable du volume de l'utérus, rejeté la voie vaginale, et choisi la voie abdominale pour l'extirpation totale de façon à voir si l'opération abdominale ne donne pas un résultat plus radical que la vaginale.

Opération le 12 mars 1898. Anesthésie à l'éther. Après un profond curettage et des cautérisations de la masse carcinomateuse, suivis de tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, on ouvre la cavité abdominale sur la ligne blanche, on voit alors un utérus très congestionné, en forme de balle, d'une grosseur répondant au troisième mois de la grossesse, si bien qu'on diagnostique avec vraisemblance un état gravidique. On fait alors une extirpation ignée typique de l'utérus, et des annexes avec le galvanocautère.

La guérison de la plaie abdominale par première intention se produit, il se forma du côté droit une fistule uretérovaginale qu'on pouvait attribuer à ce que l'uretère droit était englobé dans les parties carcinomateuses infiltrées, et qu'il avait fallu pousser très loin, jusqu'à la paroi du petit bassin, la cautérisation de l'infiltration, sans tenir compte de la position des uretères, afin d'enlever complètement ce carcinome si étendu.

Sans récidive en avril 1901, 3 ans après l'opération (Hense).

OBSERVATION XXIV

Fochier et Commandeur (Lyon médical 13 sept. 1903, et in Briend Th. Lyon 1905).

Grossesse de 8 mois. Cancer paraissant localisé au col, en réalité s'étendant dans l'étage inférieur du ligament large. Examen

histologique. Hystérectomie abdominale totale. Mort de la femme un an et demi après l'opération d'occlusion intestinale. A l'autopsie aucune trace de récidive.

Mme Rose B.., jeune femme de 28 ans, réglée à 12 ans régulièrement, elle a eu déjà 4 acouchements l'un au forceps à 19 ans, les 3 autres normaux. Ces enfants sont morts en bas âge. Il y a cinq ans deux fausses couches, l'une de 2 mois, l'autre de 2 mois 1/2. Elle se présente à la visite de la Maternité le 5 juin parce qu'elle souffrait de varices de la jambe droite, La grossesse est d'environ 8 mois.

Elle raconte que vers le 6e mois elle a eu quelques légères pertes rosées, parfois jaunâtres, sans caillots, pertes qui ont beaucoup diminué lorsqu'elle cessa de travailler. Depuis quelques mois elle a perdu l'appétit, éprouve du dégoût pour la viande et a maigri d'une façon sensible.

Au palper, l'utérus est régulièrement développé, le fœtus vivant et en position régulière OIGA. Au toucher notre surprise fut extrême de sentir un col volumineux et dur donnant les sensations suivantes : la lèvre antérieure et la moitié gauche est très augmentée de volume et formée par un tissu lisse et régulier. Cette portion est doublée du côté de la cavité cervicale par une masse à surface mamelonnée. La lèvre postérieure est également dure. Ce n'est que dans une étendue très faible, à gauche, que le col présente le ramollissement normal de la grossesse, cette portion correspond à peine au cinquième de la circonférence du col. Elle saigne très légèrement, et le doigt retiré après le toucher est teinté de sang.

Il s'agit d'un cancer du col ayant envahi la presque totalité de l'organe et dont l'évolution a été presque latente. La malade fut examinée par M. le professeur Fochier, qui confirma notre diagnostic. Il était évident que l'on ne pouvait songer à un accouchement spontané, ni même à une dilatation appréciable du col, et comme le terme de la grossesse était proche, l'opération césarienne

était la seule rationnelle. Comme, d'autre part, la tumeur paraissait limitée au col, le vagin restant souple et le ligament large ne paraissant pas envahi, il fut convenu qu'on ferait suivre la césarienne de l'hystérectomie abdominale totale.

Opération le 11 juillet, anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale remontant au-dessus de l'ombilic et descendant très bas jusqu'au bord supérieur de la symphyse. Incision de l'utérus sur sa face antérieure. On ne rencontre pas le placenta. Rupture des membranes avec le doigt. Saisie d'un pied et extraction facile d'un fœtus vivant de 2.900 gr. qui cria aussitôt. L'hémorragie est peu abondante. Néanmoins pour économiser le sang, un tube élastique est jeté sur l'utérus. On pratiqua alors l'extirpation totale. Ligature des 2 ligaments ronds et des 2 pédicules utéro-ovariens.

La ligature de l'utérine gauche est facile, à droite on ne la perçoit que difficilement et sa ligature demande quelque attention. On pénètre dans le vagin. L'ouverture du cul-de-sac se fait sans difficultés. A droite, on voit que le néoplasme s'étend dans l'étage inférieur du ligament large. La section faite pour isoler l'utérus intéresse l'uretère droit, qui est coupé transversalement, et qui est dilaté du volume d'une grosse plume.

L'utérus extrait, on complète l'hémostase de quelques vaisseaux du ligament large, et de la tranche vaginale. Le bord supérieur de l'uretère est alors suturé à la tranche vaginale de manière à créer une fistule uretérovaginale. Un Mickulicz est placé dans le petit bassin et vient sortir dans le vagin. La paroi abdominale est complètement suturée. Les suites opératoires furent simples. La température ne dépassa pas 38,2. La mèche de Mickulicz fut enlevée le 9^{me} jour, le sac de Mickulicz le 12^{me}. Actuellement, 12 jours après l'opération, la malade est en excellente voie de guérison. Les urines s'écoulent par le vagin. Le diagnostic anatomopathologique fut celui de carcinome du col.

Briend, recherchant ce qu'était devenu la malade, apprit qu'elle

était morte un an et demi après l'opération d'une occlusion intestinale, l'autopsie ne révéla aucune récidive cancéreuse.

OBSERVATION XXV

FREUND (in Lehmann. Th. Halle 1908)

Grossesse au 9e mois. Cancer au début, diagnostic histologique. Césarienne abdominale et hystérectomie abdominale totale. Sans récidive 3 ans quelques mois après l'opération.

Mme Anna H..., ménagère de Lettin, 32 ans 6e grossesse, 5 accouchements normaux. Dernières règles le 8 janvier 1904.

Depuis 4 semaines hémorragies.

Examen le 10 septembre 1904. Bassin normal. Fond de l'utérus aux fausses côtes, tête mobile, 9e mois.

Partie vaginale du col indurée, sur la lèvre antérieure du col, excroissance polypoïde, saignant facilement. Orifice externe perméable à la pulpe du doigt. La lésion est reconnue cancéreuse à l'examen microscopique.

Le 13 septembre 1904. Contre ce cancer du col opérable on pratique la césarienne abdominale suivie de l'extirpation abdominale totale de l'utérus et des annexes.

L'enfant vit, 2 octobre 1904 la malade quitte le service. Guérison par première intention. Vagin bien remis, aucune induration, état général excellent.

Signalée par Lehmann en bonne santé en 1908, c'est-à-dire 3 ans et quelques mois après l'opération.

OBSERVATION XXVI

Micholistch (Centralbl. für Gyn., 1901)

Cancer du col. Grossesse de 8 mois. Hystérectomie abdominale totale. Sans récidive 4 ans 9 mois après l'opération

Mme R..., 41 ans, 10me grossesse, enceinte de 8 mois, a depuis 3 mois des hémorragies irrégulières. Les mouvements de l'enfant qui étaient au début vifs se firent dans les derniers jours rares et moins forts. Les forces ont continuellement baissé pendant ces derniers mois. La femme ne peut plus faire son travail et se traîne péniblement.

Le 6 septembre 1900 : L'aspect extérieur montre une femme vieillotte et cachectique, avec faible pannicule adipeux. Matité cardiaque élargie, premier bruit sourd, râles de bronchite dans tout le poumon. Le fond de l'utérus atteint l'appendice xiphoïde, les petites parties fœtales siègent à gauche, le dos est à droite ; tête mobile au détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal sont sourds. Ecoulement sanguin abondant par le vagin. A la lèvre antérieure du col on sent un nodule carcinomateux, gros comme une noix de Galle ; il est circonscrit, peu ulcéré. La muqueuse vaginale est intacte, le paramétrium est libre, on ne sent pas de ganglions hypertrophiés.

Le diagnostic porté est : carcinome du col de l'utérus, grossesse de 8 mois. L'état lamentable, aussi bien de la mère que de l'enfant, exigeait une opération aussi rapide que possible. Je me résolus à délivrer l'enfant par une opération césarienne, et, ensuite, de tenter une opération radicale du cancer utérin, selon la méthode indiquée par le professeur Wertheim, par laquelle j'avais moi-même traité précédemment 4 cas.

Après avoir exécuté la classique opération césarienne, on pose un tampon de gaze dans la cavité utérine et on ferme cette plaie utérine par quelques points profonds ; ensuite libération des deux

uretères, qui, triplés de volume, faisaient une forte saillie sur le péritoine. Libération de la vessie jusqu'à l'entrée des uretères et séparation de celle-ci d'avec les tissus du paramètre. Ligature et section des ligaments ronds, infundibulopelviens et sacro-utérins. Ligature du paramètre des deux côtés jusque vers la paroi latérale pubienne. Séparation des gros vaisseaux en haut jusqu'à la bifurcation de l'aorte et, en bas, jusqu'à l'arborisation de l'hypogastrique dans le bassin. Recherche attentive des ganglions infiltrés et hypertrophiés.

Le tissu cellulaire est partout souple et mou, nulle part de glandes suspectes. Enfin, libération de la partie supérieure du canal vaginal avec le plus possible de tissu paravaginal ; section du vagin à 3 centimètres au-dessous de l'isthme utérin. Drainage à la gaze iodoformée par le vagin. Fermeture du péritoine par dessus les uretères, des vaisseaux et de la gaze drainante, si bien que celle-ci est sous-péritonéale. Suture de la paroi abdominale en 2 plans : la durée de l'opération est d'une heure. L'enfant mis au monde est du sexe mâle, long de 44 centimètres, pesant 2 kg 250 et bien développé.

Les suites opératoires furent défavorablement influencées par la bronchite que l'anesthésie avait aggravée. La toux violente qui s'ensuivit eut en fin de compte pour conséquence la réouverture de la plaie abdominale, qui dut être restaurée le 6me jour après l'opération. Réunion par première intention, guérison le 13 octobre ; 2 mois 1/2 après l'opération la femme est bien portante et l'enfant vit. Sans récidive le 6 juin 1905, c'est-à-dire 4 ans 9 mois après son opération. (Wertheim, voir obs. suivante).

OBSERVATION XXVII

WERTHEIM (Soc. de Gyn. et d'acct. de Vienne, 6 juin 1905, compte rendu in Centralbl. für Gyn. 1906)

Nous rappelons les cas d'hystérectomie abdominale

pour cancer du col, opérés d'après la méthode de Wertheim et présentés par lui à la Société de Gyn. et d'Acct. de Vienne, tout en regrettant que dans cette communication l'auteur n'ait pas d'une façon bien nette fait correspondre les survies aux renseignements histologiques fournis. Ces renseignements sont cependant instructifs.

A la suite d'une communication de Franqué, Wertheim ajoute : J'avais déjà souvent l'intention de communiquer mes cas de cancer utérin, compliqué de grossesse, j'en saisis l'occasion. Dans le cours de ces huit dernières années, parmi 60 cas de cancer du col, 6 cas compliqués de grossesse furent observés, tous ont été traités par l'opération radicale par voie abdominale.

Dans le 1er cas il s'agit d'une grossesse de 8 mois, après extraction de l'enfant par césarienne, on pratique l'hystérectomie de l'utérus d'après notre méthode habituelle, dissection des uretères, extirpation du paramètre et ganglions. Le cas fut opéré par Micholistch et publié dans le Centralbl. für Gyn. 1901. (Voir observat. précédente)

Dans le 2e cas il s'agit d'un cancer au début de la lèvre antérieure, dans un utérus gravide de 6 mois. On renonça à vider d'abord l'utérus, et il fut enlevé sans être ouvert par la voie abdominale. L'examen de la préparation montre que le cancer est circonscrit à la lèvre antérieure.

Dans les 4 cas suivants la grossesse est dans la première moitié. Dans un cas la grossesse était de 1 mois 1/2, dans les autres de 1 mois, de 3 mois, enfin de 4 mois. Dans un de ces cas il existait un cancer du col très étendu, avec infiltration du paramètre ; le 2e de ces cas est un cancer de la lèvre postérieure. On voit sur la coupe que c'est un cas peu avancé, le vagin n'est pas encore atteint, le paramètre est intact. Le 3e de ces 4 cas montre un cancer très étendu ; grossesse d'environ 4 mois. Sur la lèvre postérieure, il

existe une grosse tumeur très friable, accompagnée d'écoulements sanieux, très fétides. Le 4e cas était le plus mauvais, le cancer était très avancé, les paramètres atteints des 2 côtés, c'était chez la femme d'un collègue.

J'ai recherché si ces cas étaient encore aujourd'hui sans récidive. Quelques-uns de ces cas sont encore de date récente. Un cas fut opéré en février, et un autre il y a 1 an, les autres depuis 2 ans, 2 ans 1/2, 4 ans, 5 ans.

De mes 6 cas, 1 cas est décédé, non pas directement de l'opération, mais dans les suites de couche d'une embolie pulmonaire à la 3e semaine, c'était la femme du collègue.

Des 5 cas restant je n'en ai perdu qu'une de récidive, c'est le cas qui fut opéré il y a 2 ans 1/2. Tous les autres cas sont bien portants et ce sont les cas qui ont été opérés il y a 1 an, 2 ans, 4 ans, 5 ans.

Ainsi nous avons pu dans la littérature française et allemande relever 29 cas de cancer du col qui, après hystérectomie totale, ont été notés sans récidive au moins un an après l'opération. 22 cas n'avaient pas récidivé au minimum au bout de 2 ans et parmi ces 22 cas dans 10 cas on a pu noter l'absence de récidive au minimum au bout de 4 ans, survie assez longue pour pouvoir être considérée comme une guérison.

Ce sont les cas de :

Obs. X. — Landau, 13 ans.
Obs. XIX. — Theilhaber, 8 ans.
Obs. XXII. — Zweifel, 7 ans, 4 mois.
Obs. XV. — Olshausen, 6 ans, 9 mois.
Obs. XVI. — Olshausen, 6 ans, 6 mois.
Obs. III. - Fehling. 5 ans, 6 mois.
Obs. XXVI. — Micholistch. 4 ans, 9 mois.

Obs. VII. — Hofmeier, 4 ans, 3 mois.
Obs. XIV. — Olshausen, 4 ans, 3 mois.
Obs. XXVII. — Wertheim, 4 ans.

Si nous signalons que le nombre total des hystérectomies pour cancer du col au cours de la grossesse, que nous avons pu retrouvées, est de 80, nous constatons que 22 cas de survie de 2 ans et au-dessus, parmi lesquels 10 cas variant entre 13 et 4 ans, représentent un résultat satisfaisant, surtout si nous pensons que ces différentes hystérectomies ont été faites par des auteurs différents, employant une technique variable, et qu'elles se répartissent sur une trentaine d'années pendant lesquelles la technique opératoire pour une même intervention a varié et au début a été forcément hésitante, ce qui a pu influencer d'une façon défavorable les résultats. Si on examine, en effet, la statistique récente de Wertheim, qui opéra tous les cas par son procédé d'hystérectomie abdominale, on voit que ses 6 cas d'hystérectomie, pour cancer du col compliquant la grossesse se répartissent ainsi :

6 cas :	mortalité opératoire	0
	mortalité dans les suites de couches	1
	Récidive	1
	Sans récidive	4

Tous ces cas de survie après hystérectomie pratiquée pour cancer du col au cours de la grossesse semblent militer en faveur de l'intervention chirurgicale ; doit-on pratiquer cette intervention ? C'est ce que l'étude des résultats obtenus par les autres conduites va nous démontrer.

CHAPITRE III

De la légitimité d'une intervention radicale dans les cas de cancer du col reconnus au cours de la grossesse.

Peu d'importance de l'action du cancer sur l'évolution de la grossesse. — Marche du cancer pendant la grossesse. — Des opérations partielles. — De l'expectation jusqu'à la viabilité du fœtus. — De l'expectation jusqu'à terme. — Opérabilité dans les cas de cancer compliquant la grossesse : étude de 22 cas de cancer du col d'utérus gravide n'ayant pas recidivé au moins 2 ans après l'opération. — Statistiques chirurgicales actuelles de Faure et de Jayle. — De la conduite à tenir dans les 5 premiers mois, et dans les 4 derniers le cancer étant opérable.

Nous avons, dans le chapitre précédent, montré que l'hystérectomie ne présente aucune difficulté particulière du fait de l'état gravidique, qu'il était possible au

cours de la grossesse d'extirper d'une façon totale l'utérus, et que cette opération avait dans certains cas donné une longue survie à la mère. Mais doit-on pratiquer cette intervention et a-t-on le droit de supprimer le produit de conception ?

La plupart des auteurs, qui interviennent sur un utérus gravide cancéreux, donnent comme mobile à leur détermination la grande fréquence des accouchements prématurés et des avortements au cours de la grossesse compliquée de cancer, et ils ne croient pas devoir laisser évoluer le cancer au profit d'un produit de conception qui a bien des chances pour ne pas arriver à terme. Mais outre que cette question est à l'heure actuelle très contestée, qu'aux stastistiques de Cohnstein, de Herman et de Bar, qui évaluaient à environ 30 % le taux d'accouchements prématurés et d'avortements dans les cas de grossesse compliquée de cancer, on oppose les statistiques de Theilhaber (8,25 %) et de Pinard (1,11), nous croyons que l'influence du cancer sur l'évolution de la grossesse n'a pas pour nous pousser à intervenir chirurgicalement l'importance qu'on lui a attribuée. Il ne nous paraît pas en effet que cette raison puisse être invoquée par les partisans de la conduite interventionniste, car il suffirait de quelques cas de grossesses compliquées de cancer qui aillent jusqu'à terme pour nous obliger a prendre en considération la vie de l'enfant, et nous forcer à l'expectation.

Nous avons rapporté des observations déjà nombreuses dans lesquelles l'opération a laissé à la femme une survie assez longue pour pouvoir être considérée comme une guérison.

A l'heure actuelle on ne peut donc plus considérer la femme enceinte qui porte un cancer comme presque certainement perdue, et pris d'un grand découragement, on ne peut l'abandonner à son sort. La conduite expectative recommandée par Pinard, Varnier, Boully, Champetier, en sauvegardant les intérêts de l'enfant, laisse évoluer le cancer de l'utérus. Or, quelle est l'évolution du cancer au cours de la grossesse ? Il est des cas, sur lesquels du reste on se basait pour établir la règle universellement admise autrefois et formulée par tous les classiques, Charpentier, Tarnier et Budin, Sarwey, Wertheim, où le cancer a pendant la grossesse une évolution extraordinairement rapide. Bar dans sa thèse d'agrégation cite le cas de Simpson, qui vit en pratiquant des examens répétés, l'infiltration cancéreuse envahir tout le petit bassin en 3 ou 4 mois, de Galabin dont la malade paraissait bien portante au commencement de la grossesse, qui eut les premiers symptômes de néoplasme au sixième mois, et qui, à la fin de la grossesse, c'est-à-dire 3 mois après le début des accidents, était dans un état désespéré. Sarwey cite également le cas de Zweifel, cet auteur marqua à l'aide d'un fil la limite entre les tissus sains et malades, et au bout de 14 jours il put constater un tel envahissement par le néoplasme que le tissu malade dépassait de 2 travers de doigt la limite indiquée par le fil.

Ces cas de marche rapide n'indiquent pas forcément, comme on l'écrit dans les ouvrages classiques, une influence aggravante de la grossesse sur l'évolution du cancer. Legueu, en effet, dans son traité de gynécologie, étudiant la marche du cancer du col *en dehors de l'état*

gravide, n'écrit-il pas : « la durée du cancer du col n'excède pas en moyenne de douze à quinze mois d'après les statistiques de Lebert et de Gusserow ; il est des cancers à marche rapide qui évoluent en quatre ou cinq mois, il en est d'autres à marche plus lente qui évoluent en trois ou quatre ans, sans qu'on sache bien exactement la raison de ces différences ».

A côté de ces cas à marche rapide, on a signalé, comme pendant l'état non gravide, des cas à marche très lente. Nous trouvons noté dans la thèse de Bar les cas de Spiegelberg où le cancer resta stationnaire du troisième mois de la grossesse jusqu'à terme, de Montgomery, de Dever et Gonner, dans lesquels plusieurs grossesses successives ont eu lieu au cours d'un cancer du col, Pinard à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris en 1901 rappelle également le cas d'une femme qui eut deux accouchements successifs dans un utérus cancéreux, et Varnier eut l'occasion de constater chez une femme enceinte de 3 mois la présence d'un cancer du col. La malade ne mourut que 3 ans et 3 mois après.

Ces cas soit à marche très rapide, soit à marche lente sont intéressants à signaler, mais, comme en dehors de l'état gravidique, ils ne sont que des cas exceptionnels, sur lesquels on ne peut se baser pour appuyer une conduite à tenir en présence d'un cas de cancer évoluant au cours de la grossesse, la caractéristique du cancer étant d'être une tumeur maligne à évolution rapide et qui aboutit en moyenne au bout de 12 à 14 mois à sa période terminale, dans la grande majorité des cas, le néoplasme continue pendant les 9 mois que dure la

grossesse sa marche envahissante, on en trouve des observations citées dans les thèses de Bar et de Lance Briand, nous croyons inutile de les rapporter ici. Le cancer s'étend de plus en plus sur le col utérin, il atteint les tissus périutérins ; à terme on ne peut plus songer à d'autres interventions que des opérations palliatives, la femme meurt quelques mois après l'accouchement, parfois plus tôt, car l'accouchement ou l'avortement a souvent sur l'évolution du cancer une influence aggravante, ainsi que le prouvent entre autres les cas de Mackenrodt cités par Hernandez. Nous ne tenons pas compte des multiples complications que peut entraîner l'accouchement dans un col cancéreux, bien étudiées par Bar, et qui mettent rapidement les jours de la femme en danger ; à l'heure actuelle, grâce à la césarienne faite à temps voulu, on peut les éviter.

Telles sont les différentes évolutions du cancer du col au cours de la grossesse. Le plus habituellement sa marche est rapide et extensive, mais les cas de marche lente expliquent que parfois on a pu avoir des succès durables avec des opérations partielles. Telle est l'observation de Schauta qu'il relate dans le Centralbl. für gyn. 1906 (comptes rendus de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Vienne, séance de Juin 1905). L'auteur en 1883 avait constaté chez une femme au 5^{me} mois de sa grossesse un noyau carcinomateux sur la lèvre antérieure du col, nettement délimitable. La femme voulait un enfant vivant. Il essaya d'extirper le noyau aussi loin qu'il le fallait pour opérer en tissu sain, et enlever toute la lèvre antérieure. L'examen microscopique confirma le diagnostic. La femme arriva à terme et accoucha d'un

enfant vivant. Elle récidiva. La récidive fut découverte du côté droit et opérée vers le 16 octobre 1886. La femme vit encore aujourd'hui.

Mais ces cas à marche lente sont l'exception, et d'autre part la facilité de l'affection à la récidive fait que tous les auteurs repoussent comme trop incertaines les opérations partielles. Sur 31 cas d'amputation du col au cours de la grossesse, que Oui a pu réunir, il constata 18 fois l'interruption de la grossesse, dans 3 cas la mortalité maternelle fut immédiate, 9 enfants seulement sont indiqués comme vivants, et une seule femme notée comme saine après 3 ans écoulés.

D'autre part, d'après ce que l'on vient de voir sur la marche habituelle du cancer, lorsque voulant sauver l'enfant on attend que la grossesse arrive à terme, à part des cas exceptionnels, soit que le cancer ait commencé dans les derniers mois de la grossesse, ou qu'il ait eu une marche plus lente que d'ordinaire, on trouvera à ce moment un cancer inopérable, ou tout au moins un cancer très étendu à récidive presque certaine. Ces faits du reste sont admis par tous les partisans de la méthode expectative, et ils ne laissent la grossesse évoluer que parce que, croyant la femme atteinte d'une affection incurable, ils se proposent uniquement de sauver le produit de conception.

Mais si en présence des cas nombreux de survie après hystérectomie, on croit pouvoir intervenir d'une façon efficace au cours de la grossesse, doit-on, prenant en considération la vie de l'enfant, essayer de sauver les deux existences, et attendre, pour opérer, le terme de la viabilité ? Tous les auteurs, interventionnistes ou non

interventionnistes, s'élèvent contre cette conduite ; c'est qu'en effet les uns lui reprochent de ne donner naissance qu'à des prématurés qui seront d'autant plus difficiles à élever que l'on s'écartera plus du terme de la gestation, les autres, en attendant, de permettre au cancer une extension plus grande, c'est-à-dire de mettre la femme dans de moins bonnes conditions opératoires.

La statistique de Oui est très démonstrative. Sur 35 hystérectomies faites après le terme de viabilité du fœtus, il trouve 14 enfants vivants, soit 40 % ; mais il faut remarquer que, sur ces 14 enfants, 10 sont indiqués comme ayant été extraits dans le courant du 9e mois ou à terme. Pour 21 hystèrectomies pratiquées au 7e et 8e mois de la grossesse il n'y a plus que 4 enfants indiqués comme nés vivants et ayant vécu. La proportion tombe alors à 19 %. Quand aux mères, il n'en existe que 2 chez lesquelles le cancer n'a pas récidivé après 3 ans écoulés.

Donc puisque les opérations partielles et l'expectation jusqu'à la viabilité du fœtus ne donnent en général que de mauvais résultats tant pour les mères que pour les enfants ; que la base de la méthode expectative d'après les observations relatées dans le chapitre précédent nous apparaît défectueuse, nous croyons qu'on doit intervenir d'une façon radicale pour un cancer du col évoluant au cours d'une grossesse; mais en intervenant pendant l'état gravidique, on doit pouvoir assurer, autant qu'il est possible, la guérison à la mère. Nous allons donc rechercher quelle est pendant la grossesse le degré d'opérabilité du cancer du col et jusqu'à quelle limite on est en droit de recommander l'intervention.

Nous allons étudier a ce point de vue les différents cas d'hystérectomie, pratiquée pendant la grossesse pour cancer du col, qui ont présenté une survie assez longue. Mais ces cas sont fournis par des opérateurs différents, intervenant avec une technique très variable, aussi croyons nous utile de compléter ces renseignements par ceux que fournissent à l'heure actuelle les statistiques de chirurgiens intervenant pour cancer du col sur des utérus non gravides.

Parmi les observations que nous avons rapportées dans le chapitre précédent, il en est 22 qui ont été notées sans récidive 2 ans après l'opération. Nous donnons ces cas résumés en un tableau :

CAS DANS LESQUELS LA RÉCIDIVE N'A PAS ÉTÉ CONSTATÉE

au minimum 2 ans après l'opération

Aucune récidive après :	DESCRIPTION DU CANCER DU COL	Age de la grossesse	OPÉRATION	OPERATEURS	Numéros des observations
13 ans	Cancer limité à la portion vaginale du col, qui est garnie de végétations papillaires. Epithélioma pavimenteux reconnu à l'examen microscopique.	2 mois	Hystérectomie vaginale	Landau	X
8 ans	Portion vaginale transformée dans ses 4/5 environ en une masse en chou-fleur. Portion supra vaginale indemne, ainsi que le paramètre et la voûte vaginale.	7 mois	Hystérectomie vaginale	Theilhaber	XIX
7 ans 4 mois	Cancer de la portion vaginale du col, en forme de chou-fleur.	5 mois	Hystérectomie abdomino-vaginale	Zweifel	XXII
6 ans 9 mois	Cancer de la lèvre antérieure du col, lèvre postérieure libre dans les 2/3 de sa longueur. Canal cervical envahi jusqu'au niveau de l'orifice interne.	4 mois 1/2	Hystérectomie vaginale 15 jours après a. p.	Olshausen	XV
6 ans 6 mois	Sur la lèvre antérieure ulcération carcinomateuse d'une dimension d'une pièce de 5 marks, granuleuse, se propageant en avant sur le tissu vaginal. A gauche à l'entrée du canal cervical ulcération granuleuse de la dimension d'une pièce de 10 pfennings. Paramètre libre.	4 mois	Hystérectomie vaginale	Olshausen	XVI
5 ans 6 mois	Sur le col tumeur friable, saignant facilement de la grosseur d'une noix, ligaments larges libres.	2 mois	Hystérectomie vaginale	Fehling	III
4 ans 9 mois	Noyau carcinomateux sur la lèvre antérieure du col, de la grosseur d'une noix, bien circonscrite, peu ulcérée, vagin intact. Paramètre libre.	8 mois	Hystérectomie abdominale après césarienne	Micholistch	XXVI

Aucune récidive après :	DESCRIPTION DU CANCER DU COL	Age de la grossesse	OPÉRATION	OPÉRATEURS	Numéros des observations
4 ans 3 mois	Cancer du col au début, portant sur la lèvre postérieure. Ligaments larges libres.	3 mois	Hystérectomie vaginale	Hofmeier	VII
4 ans 3 mois	Cavité cervicale remplie d'excroissances molles. Sur la lèvre postérieure le tissu de néoformation monte particulièrement haut dans le canal cervical et se prolonge en bas un peu sur le vagin.	2 mois	Hystérectomie vaginale	Olshausen	XIV
4 ans	?	?	Hystérectomie abdominale	Wertheim	XXVII
3 ans 6 mois	Cancer du col s'étendant au vagin.	2 mois	Hystérectomie vaginale	Mackenrodt	XII
3 ans 6 mois	Ulcération profonde sur la lèvre antérieure et postérieure. Canal cervical intact, bien conformé.	6 mois 1/2	Hystérectomie vaginale après césarienne vaginale	Mittermayer	XIII
3 ans 2 mois	Partie externe du col lisse, ulcération du canal cervical remontant jusqu'à l'orifice interne.	fin du 7 mois	Césarienne abdominale Hystérectomie vaginale	Fehling	IV
3 ans	Dureté carcinomateuse de la lèvre postérieure du col. Infiltration du paramètre droit.	3 mois	Hystérectomie abdominale	Döderlein	XXIII
3 ans	Cancer au début, diagnostic histologique.	9 mois	Césarienne et hystérectomie abdominale	Freund	XXV
2 ans 9 mois	Grosse tumeur en chou-fleur, ulcérée, de la grosseur d'un petit poing sur la lèvre antérieure. La muqueuse de la cavité cervicale, la lèvre postérieure et le paramètre sont intacts.	à terme	Hystérectomie vaginale après césarienne vaginale	Thorn	XX
2 ans 6 mois	Cancer du col.	près du terme	Hystérectomie vaginale après césarienne vaginale	Kötschau	IX

Aucune récidive après :	DESCRIPTION DU CANCER DU COL	Age de la grossesse	OPÉRATION	OPÉRATEURS	Numéros des observations
2 ans 3 mois	Cancer de la lèvre antérieure, se propageant à la lèvre postérieure. Paramètre libre.	8 mois	Césarienne abdominale hystérectomie vaginale	Iahreiss	VIII
2 ans	Tumeur de la grosseur du poing, faisant corps avec le col de l'utérus, se détachant seulement d'une partie de la lèvre antérieure du col, se propageant à la paroi postérieure du vagin.	7 mois 1/2	Césarienne abdominale hystérectomie vaginale	Fortim	V
2 ans	Sur la lèvre antérieure petite ulcération, grosse comme une pièce de 5 pfennings irrégulière mais bien délimitée, érodée à sa surface. La surface de l'ulcération est granuleuse, son fond est creusé de rhagades profondes, dont les bords sont recouverts de bourgeons, qui se rencontrent également sur la circonférence de l'ulcère, et remontent dans le canal cervical le long de la paroi antérieure. Examen histologique.	4 mois	Hystérectomie vaginale	Brennecke	I
2 ans	Noyau carcinomateux de la grosseur d'une noix, saignant facilement, siégeant sur la lèvre postérieure.	3 mois	Hystérectomie vaginale	Orthmann	XVII
2 ans	?	?	Hystérectomie abdominale	Wertheim	XXVII

Dans les 22 cas que nous relatons, nous notons 17 cas d'hystérectomie vaginale précédée ou non d'avortement ou de césarienne soit vaginale, soit abdominale, et 5 cas seulement d'hystérectomie abdominale. Il ne faudrait pas cependant, au seul examen de ce tableau, conclure à la supériorité de l'hystérectomie vaginale sur l'abdominale. Bien que ne nous proposant pas de rechercher les avantages de l'un ou de l'autre procédé, ce qui a été fait dans des travaux antérieurs (Th. Condamin, Th. Briend), nous tenons cependant à faire remarquer que si l'hystérectomie vaginale tient ici une large place, c'est que l'hystérectomie abdominale est de date bien plus récente, que sa technique opératoire n'est bien précisée que depuis quelques années, et de plus qu'elle n'a souvent été appliquée qu'aux cas où par la voie vaginale on ne pouvait espérer de résultats durables, c'est-à-dire dans des cas trop souvent avancés (sur 25 cas d'hystérectomie abdominale, dans 11 cas, on note l'infiltration du paramètre.

Parmi les 22 cas de cancer du col relatés plus haut, il est 2 cas que nous avons trouvé signalés par Wertheim à la Société de gynécologie et d'accouchement de Vienne en juin 1905, et sur lesquels nous n'avons pas de renseignements précis autre que la survie des opérés. Les 20 cas restant peuvent être ainsi divisés :

Cancers plus ou moins étendus, mais limités au col . .	15
Cancers s'étendant au vagin	4
Cancer du col et infiltration du paramètre	1

D'autre part, signalons que parmi les 80 cas d'hystérectomie pendant la grossesse que nous avons relevés dans la littérature française et allemande, nous avons noté dans 8 cas l'extension au vagin et dans 11 cas l'infiltration du paramètre.

L'examen des cas de cancer du col, chez lesquels une survie assez longue a été notée après l'intervention, nous indique tout d'abord que c'est moins la technique employée, que le résultat obtenu par cette technique qu'il est important d'envisager. Il semble que pourvu que l'on arrive à une exérèse étendue, dépassant de beaucoup les tissus malades, on obtienne par n'importe quel procédé un résultat satisfaisant.

Il est évident, comme le font remarquer les partisans de l'hystérectomie abdominale, que dans les cas où les ligaments larges sont infiltrés et où on peut craindre l'envahissement des ganglions pelviens, l'opération faite par voie abdominale seule permettra de mener à bien une exérèse aussi large qu'il convient. Mais devons nous dans ces conditions intervenir pendant la grossesse, à quelle limite faut-il arrêter l'opérabilité du cancer pendant la grossesse ?

Les cas, que nous avons examinés ont été opérés par des auteurs différents, et se répartissent sur une trentaine d'années pendant lesquelles la technique opératoire pour une même intervention a varié, et au début a été forcément hésitante, ce qui a pu influencer d'une façon défavorable les résultats ; c'est pour ces raisons que nous ne croyons pas utile de donner un pourcentage de nos cas, ce qui, en fixant les idées, fausserait nos conclusions.

Mais à la seule inspection du tableau cité plus haut, on se rend compte que l'absence de récidive a particulièrement été notée dans les cas de cancer au début, bien limités au col, que cependant l'absence de récidive a été signalée dans un certain nombre de cas, limités au col, mais très étendus dans le canal cervical et atteignant l'orifice interne, ou au contraire commençant à envahir la paroi vaginale ; un seul cas, parmi ceux où le cancer plus étendu a infiltré les ligaments larges, n'a pas récidivé. L'opération aura donc d'autant plus de chance de réussite que le cancer sera plus à son début, plus limité au col ; l'envahissement du canal cervical, ou même du vagin, pourvu que dans ce dernier cas il soit de faible étendue, n'est pas une contre-indication à l'opération pendant la grossesse ; mais l'intervention doit être rejetée lorsque le cancer, franchissant les limites de l'utérus, a envahi les ligaments larges. Dans ces cas, les récidives sont trop fréquentes. Malgré les causes d'erreur que nous avons signalées plus haut, nos conclusions se trouvent en concordance avec celles formulées par les chirurgiens qui ont donné récemment leurs résultats.

Au congrès de Bruxelles en septembre 1908, Faure fournit la statistique suivante :

De 1896 à la fin de 1901, opérant par voie abdominale avec une technique incertaine, il eut une mortalité opératoire considérable et des résultats peu satisfaisants. Sur 15 malades il en perdit 9 (60 p. 100 de mortalité) des opérées restantes, une a été perdue de vue, 3 ont présenté des récidives rapides, 1 a récidivé au bout de 6 ans, 1 reste guérie depuis 8 ans et 10 mois.

Dans une seconde série de cas, qui va de fin 1901 à fin 1905, au cours de laquelle Faure a fait des opérations plus régulières et plus parfaites (méthode de Wertheim) figurent 18 malades avec 6 morts (mortalité de 33 p. 100). Des 12 survivantes, une a été perdue de vue, une a récidivé rapidement, une est morte de récidive au bout de 23 mois, 9 restent guéries depuis 5 ans 9 mois, 5 ans 8 mois, 5 ans 3 mois, 4 ans 9 mois, 4 ans 7 mois, 4 ans 1 mois, 3 ans 7 mois, 2 ans 7 mois, 2 ans 5 mois.

Au total sur 18 malades opérées de cancer utérin et ayant survécu à l'opération, 10 se présentent avec des survies sérieuses. La plupart de ces malades ont été opérées dans des conditions passant jusqu'alors comme mauvaises, comme nous l'indiquent les renseignements fournis par Faure à la Société de Chirurgie du 21 novembre 1906.

1) Sans récidive depuis 8 ans 10 mois : Cancer du col avec empiètement sur les culs-de-sac vaginaux. Opération difficile, dissection de l'uretère droit englobé dans l'induration.

2) Sans récidive depuis 5 ans 9 mois : Utérus mobile. Cancer du col. Vagin envahi à droite.

3) Sans récidive depuis 5 ans 8 mois : Cancer cavitaire assez étendu.

4) Sans récidive depuis 5 ans 3 mois : Cancer bourgeonnant limité au col.

5) Sans récidive depuis 4 ans 9 mois : Large ulcération cervicale, vagin indemne, utérus mobile.

6) Sans récidive depuis 4 ans 7 mois : Col énorme, infiltré dans toute sa hauteur, utérus mobile. Opération pénible. Dissection des uretères très laborieuse.

7) Sans récidive depuis 4 ans 1 mois : Envahissement des culs-de-sac vaginaux.

8) Sans récidive depuis 3 ans 7 mois : ? (Description manque).

9) Sans récidive depuis 2 ans 7 mois : Cancer au début, reconnu par un examen nécropsique.

10) Sans récidive depuis 2 ans 5 mois : Epithélioma intracervical évident remontant assez haut dans la cavité utérine avec intégrité du vagin.

Dans une 3e série de cas, pendant l'année 1906, Faure, intervenant par voie vagino-abdominale, opéra 7 malades. Une opérée mourut au 12e jour d'accidents de septicémie aiguë ; les 6 autres opérées guérirent sans incidents particuliers. Parmi elles, une malade, celle de Routier, avait des lésions tout au début, mais l'examen histologique n'a pas été probant, il y a donc une réserve à faire, comme l'indique Faure, sur la nature du cancer Une autre avait un utérus encore assez mobile, avec gros col bourgeonnant, mais les culs-de-sac étaient souples ; toutes les quatre autres avaient des lésions avancées, avec culs-de-sac envahis et infiltration plus ou moins étendue des ligaments larges, et mobilité utérine laissant à désirer. Sur ces 6 malades, 3 ont récidivé rapidement, elles présentaient les lésions avancées que nous venons de signaler ; 3 ont guéri, celle de Routier a diagnostic douteux, opérée depuis 19 mois, une autre opérée depuis 21 mois pour des lésions assez étendues, mais n'ayant pas dépassé les limites du col ; la dernière enfin, opérée depuis 19 mois pour des lésions plus graves qui ont nécessité une dissection très pénible des uretères et de la base de la vessie (Soc. de Chirurgie, 25 mars 1908).

Jayle, d'autre part (Soc. de Chirurgie, avril 1908), donne une statistique qui montre l'efficacité de l'opération dans les cas de cancer au début. Sur 23 cas de cancer du col, 5 ont succombé à l'hystérectomie abdominale totale, soit 21,7 p. 100. Restent 18 malades opératoirement guéries. Sur ces dernières, 6 sont actuellement guéries depuis 7 ans 10 mois, 5 ans, 5 ans, 3 ans 1/2, 4 ans 3 mois, 1 an 1/2, soit une proportion de 30 p, 100. Mais il est à remarquer que sur ces 23 cas de cancer du col, 6 étaient parfaitement localisés au col, sans envahissement aux ligaments larges, et ce sont les 6 cas qui ont fourni des guérisons durables.

Jayle conclut que « lorsque le cancer est propagé, qu'il a dépassé les limites de l'utérus, qu'il a envahi en particulier les ligaments larges et les ganglions, les résultats ne sont plus satisfaisants ». Sur 17 cas de ce genre, il n'a obtenu aucune guérison définitive. Ces deux stastistiques récentes nous montrent donc que les cas localisés au col, même si le néoplasme y est très étendu, donnent d'excellents résultats ; celle de Faure nous indique qu'à l'heure actuelle on peut obtenir des résultats dans des cas considérés par la plupart des auteurs comme inopérables, lorsqu'on a noté l'induration des ligaments larges (sur 13 survies signalées par cet auteur, dans 3 cas, il existait de l'infiltration du paramètre).

Ces cas de guérison peuvent être dus à ce que l'induration périutérine est de nature inflammatoire ; mais cliniquement ces cas où il y a simplement inflammation périutérine sont impossibles à distinguer de ceux où le ligament large et les ganglions sont infiltrés par

le néoplasme. Comme ces cas de cancer avancé sont ceux qui à l'heure actuelle aggravent doublement les statistiques par la grande mortalité opératoire et par la fréquence des récidives (aucune survie durable sur 17 cas dans la statistique de Jayle, une survie durable sur 4 cas dans celle de Faure en 1906), nous croyons qu'il est préférable, en cas de cancer aussi étendu, de ne pas intervenir chirurgicalement et de laisser évoluer la grossesse. Mais si, grâce à la méthode vagino-abdominale, recommandée par Faure dans les cas de cancer étendu, qui présente l'avantage très sérieux de permettre, à la suite de la désinsertion du vagin, l'ascension de l'utérus pendant le temps abdominal, et par conséquent de faciliter dans une assez large mesure la dissection des uretères et de la région péricervicale, point capital de l'opération, si dans ces cas de cancer infiltrant les ligaments larges, les statistiques, encore peu favorables à l'heure actuelle, s'améliorent d'une façon appréciable, nous sommes tout prêt à étendre encore à ces cas les indications opératoires au cours de la grossesse, notre but étant d'abord de sauver la malade, mais en cas d'impossibilité ou de chance trop faible, de prendre en considération la vie de l'enfant.

Lorsque pendant la gestation, on se trouve en présence d'un cancer reconnu opérable, doit-on à n'importe quel moment de la grossesse, dès que le diagnostic est porté, sans prêter aucune attention au produit de conception comme le veulent les auteurs allemands, intervenir et pratiquer l'hystérectomie abdominale totale ?

Si on envisage les cas de cancer du col qui, opérés,

n'ont pas récidivé au minimum au bout de 5 ans, survie assez longue pour pouvoir être considérée comme une guérison, on voit que la plupart des cas appartiennent à des grossesses interrompues dans la première moitié.

13 ans. Landau. Obs. X. Grossesse de 2 mois.

8 ans. Theilhaber. Obs. XIX. Grossesse de 7 mois.

7 ans 4 mois, Zweifel. Obs. XXII. Grossesse de 5 mois.

6 ans 9 mois. Olshausen. Obs. XV. Grossesse de 4 mois 1/2.

6 ans 6 mois. Olshausen. Obs. XVI. Grossesse de 4 mois.

5 ans 6 mois. Fehling. Obs. III. Grossesse de 2 mois.

4 ans 9 mois. Micholistch Obs. XXVI. Grossesse de 8 mois.

4 ans 3 mois. Hofmeier. Obs. VII. Grossesse de 3 mois.

4 ans 3 mois. Olshausen. Obs. XIV. Grossesse de 2 mois.

Si l'intervention chirurgicale faite à moment opportun peut amener la guérison de la mère, par contre, comme on l'a vu, l'abstention jusqu'au terme de la grossesse, ou même jusqu'à la viabilité du fœtus donne de très mauvais résultats pour la femme. Par conséquent, à l'heure actuelle, étant donnés les progrès accomplis dans la chirurgie du cancer du col, il faut sans hésitation pratiquer, dès que le diagnostic est porté, l'hystérectomie abdominale totale pendant les 5 premiers mois de la gestation.

La question se complique lorsque on se trouve en présence d'un cancer opérable et surtout d'un cancer au début pendant les derniers mois et particulièrement

les 6e et 7e mois de la grossesse. A ce moment, en effet, le fœtus est déjà bien développé, on éprouve plus d'hésitation à le supprimer, car on peut se demander si, en attendant quelques mois, on ne pourrait pas à terme avoir l'espérance, tout en ayant un enfant bien développé, de trouver chez la mère un cancer encore opérable. Ce n'est qu'en comparant les résultats obtenus en opérant au 6e ou 7e mois de la grossesse, dès que le diagnostic est porté, avec ceux obtenus en opérant au voisinage du terme, que l'on pourrait trancher le différend. Mais actuellement les cas, signalés sans récidive au moins 2 ans après l'opération, sont encore trop peu nombreux (1 cas au 6e mois, 3 cas au 7e, 3 cas au 9e mois) pour qu'on puisse avoir une opinion basée sur des faits.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir en présence d'un cancer du col compliquant la grossesse

Conduite à tenir dans un cancer tout au début. — Dans un cancer limité au col ou ayant envahi légèrement le vagin pendant les 5 premiers mois de la grossesse ; pendant les 4 derniers. — Dans un cancer propagé aux ligaments larges, ou diffusés aux organes voisins.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer du col tout à fait au début, alors que le diagnostic est encore hésitant, sachant que plus l'opération sera précoce, meilleurs en seront les résultats, on doit le plus tôt possible prélever un fragment de la région douteuse du col et poser grâce aux renseignements histologiques, un diagnostic que l'évolution ultérieure nous indiquerait mais en assombrissant le pronostic opératoire.

Lorsque par les commémoratifs, par les signes physiques et fonctionnels, on peut affirmer l'existence d'un

cancer du col au cours d'une grossesse, tout en faisant confirmer le diagnostic par l'histologie, on doit se rendre compte de l'étendue du cancer, mais surtout prêter grande attention à sa propagation ; la propagation au vagin est facilement reconnue, et peut-être assez aisément évaluée, mais la propagation aux ligaments larges peut facilement passer inaperçue. L'augmentation de volume de l'utérus gravide, l'œdème des tissus périgénitaux, qui se rencontre pendant la grossesse, peuvent masquer une induration du ligament large.

On devra s'efforcer de noter par un toucher attentif le moindre défaut de souplesse d'un des culs-de-sac.

Lorsque après un diagnostic précis, on aura constaté la localisation certaine au col de l'utérus, ou une légère propagation aux culs-de-sac vaginaux, dans *les 5 premiers mois* de la grossesse, étant donné les succès obtenus, on doit proposer l'intervention.

Pourvu que l'on ait après elle la ferme conviction d'avoir fait une exérèse totale des tissus envahis par le néoplasme, les voies abdominale ou vaginale peuvent donner toutes deux des succès ; mais la voie abdominale est à l'heure actuelle la préférée, elle ne comporte pas une mortalité opératoire plus élevée, si l'on ne tient compte que des cas opérables également par voie vaginale, elle est maintenant d'une technique très précise et elle a, selon nous, le grand avantage, dans les cas qui nous occupent, de pouvoir rectifier notre diagnostic.

Si par hasard une infiltration du ligament large avait échappé à l'examen de la femme, rendant très sérieux

le cas qui avait paru relativement favorable, on pourrait arrêter l'intervention, s'en tenir à cette laparotomie exploratrice et laisser la grossesse évoluer.

Pendant les derniers mois de la grossesse, *particulièrement les 6e et 7e mois*, si on espère en opérant à terme, tout en ayant un enfant bien développé, trouver encore un cancer opérable, on pourra attendre pour intervenir aux premières douleurs.

Si, au contraire, on admet avec les auteurs allemands qu'ayant la possibilité de guérir la mère on peut supprimer le produit de conception, étant donné que l'on se trouve en présence d'un cancer opérable, que la guérison à l'heure actuelle peut-être espérée pour la femme, que plus tôt le cancer sera extirpé, meilleurs en seront les résultats, on devra, pendant les derniers mois de la grossesse, même au 6e et 7e mois, pratiquer le plus tôt possible l'hystérectomie abdominale, sans s'inquiéter du fœtus. Les résultats ultérieurs démontreront de ces deux conduites, qu'elle sera celle qu'il faudra préférer.

Si l'examen de la femme a montré une induration suspecte des ligaments larges, l'opération ne donnant encore dans ces cas que rarement des survies durables, on doit, dans l'impossibilité où l'on est d'assurer avec assez de certitude une guérison à la mère, laisser évoluer la grossesse et s'en tenir à la méthode palliative. Celle-ci sera également de règle lorsque le cancer sera plus étendu, se diffusant dans les organes voisins, vessie ou rectum. Alors une thérapeutique symptomatique sera dirigée contre les douleurs atroces, que souvent seule la morphine peut atténuer, contre les

écoulements fétides, la cachexie, les hémorragies. Dans ce dernier cas, la thérapeutique sera très prudente, les injections chaudes en feront le plus souvent tous les frais. Ce n'est que lorsque par leur ténacité ou leur abondance, les hémorragies mettront la vie de la femme en danger, que l'on sera autorisé à leur opposer un traitement plus actif ; on usera d'abord du tamponnement, mais il ne peut-être que passager ; on recourra en dernier ressort au curettage et à la thermocautérisation des fongosités, qui sont très efficaces contre les hémorragies. Malheureusement elles sont souvent la cause de l'interruption de la grossesse, ce qui fait réserver leur indication pendant la grossesse aux cas désespérés.

DEUXIÈME PARTIE

Conduite à tenir en présence d'un cancer du col reconnu au cours du travail

Au début du travail, deux existences sont confiées à l'accoucheur et réclament toutes deux ses soins. Il faut s'efforcer de les sauver toutes deux ; mais tandis que la mère est gravement lésée par le développement du cancer du col utérin, et que de ce fait son existence est compromise, l'enfant, lui, est au commencement du travail sain et vigoureux. Comme le remarque M. le Professeur Herrgott, il faut d'abord tout faire pour sauver celui des deux, qui présente le plus grand intérêt, l'enfant. Ceci fait, il faudra s'efforcer de guérir la mère, si l'extension du néoplasme le permet encore (ce qui rend la solution du problème très facile, et qui fait que, sans aucune hésitation, on doit recourir au moyen le meilleur pour obtenir un enfant vivant, c'est que, en nous efforçant de rendre favorable le pronostic fœtal, nous améliorons en même temps le pronostic maternel.

CHAPITRE I

Conduite à tenir pour sauver l'enfant

Mauvais résultats de l'accouchement spontané ou artificiel par les voies naturelles. — De la Césarienne abdominale. — Du moment opportun pour la pratiquer.

Les anciennes statistiques sont éloquentes pour démontrer le résultat vraiment néfaste pour les mères de l'accouchement par les voies naturelles, et la forte mortalité nous est indiquée par les chiffres de Sarwey dans son article sur le cancer utérin et la grossesse.

Chantreuil dans 60 cas note	25	morts pend. ou peu après l'accouch.						
West	»	75 cas	»	41	»	»	»	
Cohnstein	»	126 cas	»	72	»	»	»	»
Hermann	»	180 cas	»	72	»	»	»	»
Theilhaber	»	162 cas	»	51	»	»	»	»
		603 cas	»	261	»	»	»	»

soit 43.3 p. 100.

Cette statistique donne un pourcentage global de cas différents, tant par la forme et l'étendue du cancer que par le traitement employé. Les résultats seraient encore plus mauvais si on n'envisageait que les cancers étendus, abandonnés à eux-mêmes sans aucune intervention. Cette forte mortalité nous est expliquée par les multiples dangers, qui, au moment du travail de l'accouchement, menacent la vie de la femme.

Les risques de l'accouchement résident surtout dans la résistance du col à l'effacement et à la dilatation, entraînant une prolongation du travail. Pendant le travail, des hémorragies abondantes et répétées peuvent se produire, qui anémient la femme et favorisent l'infection dans les suites de couches ; faisant suite aux hémorragies qui se sont manifestées à la fin de la grossesse, elles peuvent compliquer la situation en mettant rapidement les jours de la femme en danger, même avant la terminaison de l'accouchement. Le col, résistant à la dilatation, peut se déchirer profondément ; ces déchirures, il est vrai, parfois permettent l'accouchement spontané alors qu'on le croyait impossible, mais aussi sans qu'on puisse le prévoir, elles peuvent s'étendre trop loin, se prolonger aux organes voisins ou au corps utérin et produire une rupture utérine. L'infection, résultant de multiples causes : interventions obstétricales sur un organisme affaibli, mort et putréfaction fœtale, simple présence du cancer du col ulcéré, peut se manifester dans les suites de couches et enlever la malade. Parfois, sans que cependant aucune de ces complications n'ait été notée, le travail se prolongeant sans efficacité, la femme, affaiblie déjà par l'évolution

de son cancer, meurt d'épuisement avant d'avoir accouché.

Toutes ces complications, que nous ne faisons que mentionner, ont été bien étudiées par Bar dans sa thèse d'agrégation. La vie de l'enfant n'est pas moins en danger que celle de la mère au cours d'un accouchement rendu laborieux par la présence d'un cancer du col utérin, ainsi que nous l'expriment les statistiques suivantes :

Hermann sur 114 enfants note 58 vivants.

Cohnstein sur 116 enfants note 22 vivants.

Nous avons vu en effet la mort de la mère survenir avant l'expulsion du produit de conception, soit par hémorragie, soit par épuisement ; mais la seule prolongation du travail, si elle s'accompagne de tétanisation utérine peut devenir une cause de mort pour le fœtus, si à ce moment les membranes se rompent, ce qui est fréquent, la redoutable putréfaction fœtale peut faire son apparition d'autant plus facilement qu'au niveau du col se trouvent des masses fongueuses infectées.

Mais si nous n'envisageons que l'accouchement forcé à travers un col indilatable ou difficilement dilatable, nous voyons que les interventions obstétricales sont funestes pour les deux existences. L'enfant, déjà éprouvé par la longueur de l'accouchement, souffre encore du fait de l'extraction, comme le témoigne la statistique de Theilhaber qui note 7 enfants morts sur 29 cas d'intervention par forceps, version, incision du col ou ablation de la tumeur pendant le travail. On doit ajouter à cette première série, dont la mortalité fœtale est de 25 p. 100, 10 cas dans lesquels la perforation a dû inter-

venir, de sorte que l'extraction par les voies naturelles a abouti à donner sur 39 cas, 17 morts fœtales, soit 43,57 p. 100. La mortalité maternelle est de même très élevée, 10 morts sur 39 cas, soit 25,6 p. 100.

Puisque l'accouchement spontané ou forcé par les voies naturelles ne donnent que des résultats déplorables pour l'enfant lors de résistance du col par cancer utérin, il faut intervenir par voie abdominale, et sauver le fœtus par la Césarienne. Et cependant, si l'on se basait uniquement sur les statistiques, cette opération ne serait pas encore très favorable au fœtus; Oui, dans les cas de cancer inopérable, trouve une mortalité fœtale de 27,27 p. 100, résultats supérieurs à ceux obtenus par l'extraction à travers les voies naturelles cependant encore mauvais. Mais il faut remarquer que cette mortalité encore grande est due à ce que l'on est intervenu souvent après une longue attente d'accouchement spontané, pendant laquelle le fœtus a souffert ou même a succombé. L'opération césarienne aurait donné des résultats bien meilleurs, si on était intervenu d'emblée, sans attendre un accouchement spontané et sans intervenir trop tard lorsque l'enfant était fortement compromis. Si on envisage en effet les résultats fournis par la Césarienne faite lors de la viabilité du fœtus pendant la grossesse, c'est-à-dire sur un fœtus non influencé par le travail, on constate que dans 13 cas notés dans la statistique récente de Sarwey, tous les enfants ont été extraits vivants.

Donc en présence d'un cancer du col utérin le travail commençant, il faut tout d'abord s'efforcer de

sauver l'enfant. Pour cela point n'est besoin d'attendre longuement un accouchement spontané par les voies naturelles. On a vu en effet les mauvais résultats que donne l'accouchement laborieux par les voies naturelles, et la mauvaise influence que le travail prolongé exerce sur le fœtus. Si le cancer est très limité à une lèvre du col, on pourra essayer les effets du travail, mais d'une façon très modérée et en se tenant prêt à intervenir si, malgré de fortes contractions, la résistance du col à l'effacement et à la dilatation est grande. Dans ces cas, on ne doit pas attendre pour pratiquer la Césarienne que l'on ait constaté des signes de souffrance du fœtus; l'arrêt ou l'inefficacité d'action du travail suffit pour déterminer à extraire par la voie abdominale un fœtus encore bien portant, qu'une attente plus longue peut rendre moribond.

Mais étant donnés les heureux résultats de la Césarienne avant tout début de travail, que d'autre part, le cancer étant localisé, la femme doit être opérée le plus tôt possible, on ne voit pas la nécessité de l'essai de l'accouchement spontané, et il est préférable d'intervenir dès les premières douleurs; on obtient ainsi un résultat favorable pour l'enfant et on évite à la femme les fatigues et les douleurs du travail.

Lorsque le néoplasme a envahi une grande partie du col il est tout à fait inutile d'essayer un accouchement spontané impossible, à moins d'exceptions sur lesquelles on ne peut compter et qu'il ne faut pas rechercher. Dans ces cas également, l'indication est de pratiquer la Césarienne dès les premières douleurs.

Quant au pronostic éloigné pour la mère, il doit maintenant, l'enfant étant extrait, nous préoccuper. Il est, comme on va le voir, lié à l'étendue plus ou moins grande de la lésion néoplasique.

CHAPITRE II

De l'opérabilité du cancer du col pendant l'accouchement

Possibilité de l'hystérectomie abdominale totale pendant le travail, sans aggravation ni difficulté de technique de ce fait. — Grande mortalité immédiate des hystérectomies totales faites au cours du travail expliquée par le mauvais état général de la femme au moment de l'intervention. — Résultats éloignés peu favorables tenant à l'étendue trop considérable du cancer dans les cas chez lesquels on est intervenu pendant le travail. — De l'opérabilité des cancers du col au moment du travail : Nécessité d'intervenir dans les cancers limités, de ne pas intervenir dans les diffusés ; dans les propagés, conduite variable pour chaque opérateur suivant les résultats obtenus antérieurement.

En 1901, lors de la discussion à la Société d'Obstétrique, de gynécologie et pédiatrie de Paris, alors que

l'on doutait des résultats opératoires éloignés du cancer du col de l'utérus, on comprend que, au moment du travail, l'hystérectomie abdominale totale était acceptée sans grand enthousiasme, et que la conduite préférée était, après la Césarienne abdominale, de pratiquer le Porro. Mais les progrès de la chirurgie du cancer du col, qui ont entraîné une évolution dans la conduite à tenir pendant la grossesse, doivent influencer également la conduite à tenir au cours de l'accouchement ; à l'heure actuelle se pose donc d'une façon plus favorable la question de l'hystérectomie abdominale totale au moment du travail.

Si cependant nous cherchons à établir avec les rares cas d'hystérectomie totale pour cancer du col au cours du travail, quelle est la mortalité, nous la trouvons très considérable. Sur 12 cas on note 5 femmes mortes et 5 enfants extraits morts ou succombant dans les heures qui suivent. Cependant le travail en lui-même n'est pour rien dans cette forte mortalité, et ne peut être invoqué comme contre-indication à l'opération. Nous avons vu que, pendant la grossesse, l'hystérectomie abdominale totale était possible, sans aucune difficulté du fait de l'état gravidique, à n'importe quel moment, dans les premiers comme dans les derniers mois. Il en est de même au moment de l'accouchement et le travail par lui-même ne crée pas de difficulté de technique, ni n'assombrit le pronostic opératoire. « Qu'on « n'invoque pas non plus contre l'hystérectomie totale « faite pendant le travail, écrit Vautrin dans un article « publié dans la Gynécologie 1899, la vascularisation « énorme des ligaments et la difficulté de l'énucléation.

« Ceux qui ont opéré dans ces conditions ont tous « constaté et fait remarquer que le pincement et la liga- « ture des vaisseaux vasculaires n'étaient pas plus diffi- « ciles que dans les cas ordinaires, que la limitation de « l'utérus était de beaucoup facilitée par la distension « des ligaments et l'existence d'une sorte d'œdème péri- « utérin. Les pédicules supérieurs une fois coupés, le « doigt décolle aisément les parties latérales de l'organe « jusqu'aux vaisseaux utérins dont l'importance, accrue « par la gravidité, facilite la préhension et la ligature... « Il est temps que la légende des multiples contre-indi- « cations opératoires pendant la grossesse prenne fin, « et qu'on en vienne à une plus saine appréciation des « conditions où l'intervention doit s'imposer ».

Si, en effet, ne nous contentant pas de la statistique globale donnée au début de ce chapitre, nous étudions d'un peu plus près les observations et les reprenons une à une, nous remarquons, comme l'indique le tableau suivant, que, dans tous les cas où le résultat a été funeste soit pour la mère, soit pour l'enfant, c'est qu'on est intervenu trop tard après un trop long essai d'accouchement spontané, alors que le fœtus souffrait ou avait même déjà succombé, et alors que l'état général de la femme était devenu très mauvais.

TABLEAU DES CAS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

faite au cours du travail

NOMS de L'OPÉRATEUR	AGE	PARITÉ	ÉTAT AU MOMENT de L'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	
				Mères	Enfants
(1) Schrœder in Stratz, zeitschr. für geb. u. gyn. tome 12	28	III	Femme en travail, température de 39°,5. Enfant vivant en présentation du sommet.	Morte	Mort
(2) Schrœder Centralbl. für gyn. 1886	»	III	Douleurs apparaissant 7 semaines avant le terme. Au bout de 24 heures d'attente le liquide amniotique s'écoule mélangé de méconium ; les battements du cœur de l'enfant cessent d'être nettement perceptibles. Mort de la femme par péritonite.	Morte	Mort
(3) J. Murphy Brit. méd. Journ. 10 octobre 1891	33	V	Femme épuisée par des hémorragies répétées. Travail durant depuis quatre jours. Fœtus mort. Membranes intactes.	Morte	Mort
(4) Freund in Grapow, zeitsch. für geb. u. gyn. t. XVII, p. 110	33	V	Etat général très mauvais. Cachexie extrême. En travail depuis 48 heures. Battements fœtaux perçus pour la première fois au bout de ce temps décident l'intervention. Mort de la femme sur la table d'opération, causée par la grande anémie et une défaillance cardiaque.	Morte	Vivant
(5) Fochier Lyon médical 1888	38	V	Femme arrivée à la Maternité en plein travail, eaux fétides depuis la veille. A l'opération on trouve une péritonite généralisée.	Morte	Mort
(6) Poisson Th. Briend	31	V	Etat général mauvais, amaigrissement considérable. En travail depuis 2 jours.	Vivante	Mort 1 h. apr. opérat.
(7) Fritsch in Möller, Centralbl. für gyn. 1892, n° 6	35	VI	A l'examen interne on sent un col dur, englobé dans une masse bosselée ; le paramètre gauche est libre, à droite on sent quelques noyaux résistants. Opération faite au début du travail.	Vivante	Vivant

NOMS de L'OPÉRATEUR	AGE	PARITÉ	ÉTAT AU MOMENT de L'INTERVENTION	RÉSULTATS IMMÉDIATS	
				Enfants	Mères
(8) Von Ott Monatschr. für geb. und gyn. 1896 tome III, page 162	»	»	Opération faite au début du travail.	Vivante	Vivant
(9) Delanglade Ann. de gyn. 1901 tome I, page 279	33	IV	Travail débutant le 17 février à 5 heures du soir par des hémorragies considérables et des douleurs lombaires. Arrêt pendant 48 heures. Reprise du travail. Portion vaginale du col envahie par un néoplasme volumineux. Culs-de-sac antérieurs et latéraux durs. Enfant vivant. A 11 heures du soir battements fœtaux imperceptibles. Intervention.	Vivante	Vivant
(10) Glockner Beitr. zur geb. und. gyn. 1902 tome VI, chap. 2	30	II	Début du travail le 29 mai 1900. La portion vaginale du col présente une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, le vagin et le paramètre sont libres. Opération le 31 mai 1900. Après un essai d'extraction de l'enfant par la césarienne vaginale de Duhrrsen, hystérectomie abdominale totale après césarienne abdominale.	Vivante	Vivant
(11) Herrgott Ann. de Gyn. 1908	33	II	Cancer de la partie postérieure du col, envahissant la paroi postérieure du vagin. Essai modéré d'accouchement spontané. Arrêt dans les manifestations du travail. Battements fœtaux sourds et ralentis. Intervention.	Vivante	Vivant
(12) Veit in Lehmann Th. Halle 1908	36	XII	Hystérectomie au début du travail. Lèvre antérieure infiltrée par le néoplasme. Orifice du col perméable à un doigt.	Vivante	Vivant

Ainsi les cas qui ont donné une mortalité fœtale ou maternelle sont ceux dans lesquels une expectation trop longue a compromis le fœtus et a permis la manifestation d'accidents infectieux chez la mère. Les cas, au contraire, où l'on est intervenu après une expectation modérée, ont eu un résultat immédiat heureux.

Par conséquent le travail en lui-même n'est pas une cause de la forte mortalité constatée dans les cas d'hystérectomie totale ; celle-ci est due à la prolongation exagérée du travail, et au mauvais état général de la femme au moment de l'intervention. C'est grâce à une surveillance particulière du travail de l'accouchement que, dans le cas que nous avons eu l'occasion d'observer à la Maternité, notre maître le Professeur Herrgott a pu avoir un résultat immédiat excellent, tant pour la mère que pour l'enfant.

OBSERVATION XXVIII

Herrgott (Annales de Gyn. 1908.)

Cancer de la lèvre postérieure du col s'étendant à la paroi postérieure du vagin. Femme en travail, essai modéré d'accouchement spontané. Arrêt dans les manifestations du travail. Modification des bruits du cœur du fœtus. Césarienne abdominale, puis hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire. Récidive au bout de 7 mois.

Dans la nuit du 13 au 14 janvier de cette année, Mme L..., âgée de 32 ans, qui habitait une localité située à quelques kilomètres de Nancy, eut à quatre reprises différentes d'abondantes hémorragies, qui la décidèrent à se faire transporter à la Maternité où elle arrivait au début de la soirée.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Mariée à 18 ans, elle nous apprend qu'elle est menstruée depuis l'âge de 11 ans, et qu'elle n'avait cessé de l'être régulièrement, 48 heures chaque mois et sans douleurs, jusqu'au jour où, il y a 4 ans, elle fit un avortement de 6 mois, qu'elle attribuait aux suites d'un travail très fatiguant. Mais depuis cette fausse couche, la malade souffrait de douleurs dans le bas-ventre, accompagnées d'une leucorrhée très abondante.

Comme au bout de trois mois son état ne s'améliorait pas, on lui fit un curettage pour la guérir de ce qu'elle supposait être une métrite. Elle garda encore pendant plusieurs mois le repos au lit, on l'engagea même à aller à Nancy pour s'y faire opérer, mais comme elle s'était trouvée un peu mieux, elle avait refusé de s'y rendre. Elle continua à perdre en blanc, et parfois au moment de ses règles elle avait un écoulement sanguin très abondant.

Cet état était resté stationnaire jusqu'au début de sa dernière grossesse, début qu'il est assez difficile de nettement préciser, car elle avait continué de perdre tous les mois au moment correspondant à l'époque de ses règles, mais l'écoulement sanguin était peu abondant et ne durait qu'un jour. Par contre, l'écoulement leucorrhéique était très considérable pendant la période intermenstruelle, et surtout répandait une odeur très désagréable.

Ayant senti remuer au milieu d'août, elle avait appelé une sage-femme qui, après l'avoir examinée, avait prévenu son entourage que l'accouchement ne serait pas facile « car, disait-elle, elle n'avait pas le col conformé comme tout le monde. »

Cependant la grossesse avait évolué normalement, sans accidents, jusqu'au 13 janvier, à 4 heures du soir. A cette date la malade eut une hémorragie très abondante, la sage-femme, appelée, fit coucher Mme L..., et lui donna des injections chaudes, mais de nouvelles hémorragies, accompagnées de douleurs, s'étant reproduites dans la nuit, elle avait insisté pour qu'on la transportât à

mon intervention précédente. L'accouchement ne se ferait pas spontanément.

Mais à 11 heures, nouvelle consultation. Cette fois-ci, avec tout le cortège de plus abondantes, malgré tout ce qui est tenté pour en diminuer l'intensité et, de plus, bien que les contractions soient très énergiques, la dilatation ne progresse plus : à 1 heure du matin, elle n'était pas plus avancée qu'à 11 heures du soir.

Enfin le bâillement [illegible] que jusqu'alors [illegible] et bien fragile semblait ne pas tenir, et [illegible] calculé.

Une fois il me semble qu'il n'y a plus à hésiter et que, dans l'intérêt de l'enfant, et dans celui de la mère, une section césarienne s'impose, section qui aurait suivie, selon les indications du moment, d'une hystérectomie sus-vaginale, ou même si la lésion le permettait, d'une cure radicale, c'est-à-dire d'une hystérectomie totale.

La veille, j'avais dit à [illegible] que j'ai donc pensé qu'il était de mon devoir de ne pas intervenir personnellement et je priai mon collègue Veuhinholtz d'extraire le fœtus par la voie [illegible].

Après avoir incisé la paroi, M. Veuhinholtz sectionne l'utérus qui a été extériorisé, et extrait le fœtus, non sans quelques difficultés.

Il est obligé pour sortir la tête, d'employer le procédé de Mauriceau.

Le liquide amniotique était vert.

La section sectionnée, la délivrance se fait sans incident.

Pendant ce temps, je m'occupe de l'enfant qui est en état de mort apparente. J'ai beaucoup de peine à le ranimer. C'est un garçon de 2 kilogrammes. Il est confié à une nourrice et se porte très [illegible].

En ce qui concerne l'utérus, il semble que la tumeur est assez limitée, [illegible] à M. Veuhinholtz [illegible] on peut espérer la guérison complète.

Voici, d'après la note qu'il a bien voulu me remettre, la technique que mon habile collègue a suivi dans cette délicate intervention :

« Deux pinces à griffe sont placées sur la surface de section utérine afin d'obtenir l'hémostase temporaire pendant la libération de l'utérus. Les deux ligaments larges sont pincés et sectionnés suivant la technique habituelle, puis les deux utérines sont pincées. La collerette péritonéale antérieure se libère assez facilement et nous séparons ainsi le col utérin, puis la face antérieure du vagin et de la vessie. La palpation du vagin nous montre son intégrité à ce niveau, sa paroi antérieure est incisée aux ciseaux à environ 2 centimètres au delà de l'insertion cervicale antérieure. La paroi vaginale postérieure, au contraire, est envahie très bas par l'extension du néoplasme cervical. Nous sommes obligés d'inciser au bistouri à travers le vagin ouvert, cette paroi postérieure, très bas, 2 centimètres environ au delà du bord de la tumeur, c'est-à-dire plus près de la vulve que du cul-de-sac vaginal postérieur. Il en résulte une section très oblique du vagin, dont il ne reste presque plus de paroi postérieure.

L'utérus ainsi libéré est enlevé en totalité, avec la tumeur et avec le segment supérieur du vagin.

Après une hémostase rigoureuse des branches vaginales de l'utérine, on procède à l'hémostase des pédicules utérins et utéro-ovariens.

Un gros tube de caoutchouc est poussé à travers le vagin, jusqu'à la vulve, et entouré d'une compresse de gaze aseptique dont l'extrémité tamponne la surface de section vaginale que nous laissons largement ouverte.

Par dessus nous fermons le pelvis, en péritonisant avec soin à l'aide de notre longue collerette antérieure ; puis après avoir laissé sortir par l'angle inférieur de la plaie abdominale un drain de caoutchouc qui plonge dans le bassin, le ventre est fermé par trois plans de suture, au catgut et aux crins. »

Une sonde de Petzer est placée dans la vessie. On fait une injection de 500 grammes de sérum et l'opérée est transportée dans son lit.

La tumeur, enlevée, est examinée par le docteur Lucien, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté. Ses recherches histologiques lui permettent de constater, d'après la note qu'il m'a remise, « que le col et une partie du segment inférieur sont convertis en un tissu conjonctif fibreux, très dense et très résistant, riche en fibres et pauvre en cellules connectives. Dans les mailles de ce réseau fibreux, il devient difficile de reconnaître les éléments musculaires. La tumeur est un épithelium du type pavimenteux stratifié, ce qui permet de localiser son point de départ au niveau de la portion vaginale du col. La tumeur envoie de nombreux prolongements à l'intérieur du tissu fibreux du col, sous forme de cordons cellulaires pleins. Parmi les cellules qui constituent ces cordons, un grand nombre sont en voie de division indirecte (karyokinèse).

Cette division active des éléments du néoplasme est en faveur d'un développement actif de la tumeur, probablement en rapport avec la grossesse. Dans le tissu voisin, demeuré relativement sain, on constate quelques nodules inflammatoires (agglomération de cellules lymphatiques) qui indiquent une infection secondaire de la tumeur, partie d'un point ulcéré et en rapport avec la cavité vaginale.

En résumé, épithélioma pavimenteux, développé dans un tissu cervical très fibreux, et semblant avoir pris dans ces derniers temps une extension importante. »

Les suites de couches furent normales, malgré le traumatisme considérable que notre malade avait eu à subir.

La température s'éleva bien le deuxième jour à 37°7, mais pour retomber à 37° ou 37°2 les jours suivants.

Le cinquième jour, on enleva le drainage de la plaie abdominale. Le même soir, la malade se plaignit d'une douleur assez

sourde au niveau de l'endroit où l'injection de sérum avait été pratiquée, mais sans qu'il se produisit de réaction fibrile. Le lendemain cette douleur s'était très atténuée ; il ne restait plus qu'un empâtement assez mal délimité.

Le 24 janvier, le dixième jour, on enleva les fils des sutures de la paroi abdominale ; la réunion s'était faite par première intention.

La sonde de Petzer est également enlevée.

Nous avons recherché ce qu'était devenue cette malade, et avons appris qu'elle était entrée le 9 novembre 1908 dans le service de M. le Professeur Gross, dont l'interne Pillot a eu l'obligeance de nous communiquer les renseignements suivants :

L'enfant élevé au biberon, mourut au 6me mois, la femme jusqu'au mois d'août ne présenta aucun symptôme de récidive, son état général était excellent, elle devint même obèse. A la fin du mois d'août survint une hémorragie utérine abondante, qui nécessita un repos au lit de 8 jours. Depuis une quinzaine de jours la femme perd à nouveau, et c'est pour cette raison qu'elle entre à l'hôpital. Au toucher on sent, au fond du vagin, une masse bourgeonnante, saignant facilement. Le 11 novembre, curettage des bourgeons néoplasiques et tamponnement. La femme sort le 22 novembre.

Ainsi dans le cas que nous avons eu l'occasion d'observer, la récidive est survenue 7 mois après l'opération. Ce résultat peu favorable est identique à ceux obtenus dans la plupart des autres observations ; nous voyons en effet que les 7 cas d'hystérectomie totale au cours du travail, avec survie immédiate de la femme, ont, à part celui de Veit, dont le succès n'est encore que de peu de durée, tous récidivé assez rapidement après l'opération.

Cette constatation doit-elle faire rejeter l'intervention radicale au cours du travail ? L'analyse de ces cas explique pourquoi ils ont récidivé, c'est que chez tous, à part le cas de Glockner, le néoplasme était déjà très étendu, et que pour la plupart les cas, pour n'être pas désespérés, étaient cependant de ceux à résultat douteux, comme l'indiquent les renseignements donnés dans les observations. Seul le cas de Glockner était bien localisé à la paroi vaginale du col, mais dans ce cas, il ne faut pas oublier que l'hystérectomie abdominale fut précédée d'un essai d'hystérectomie vaginale de Duhrrsen et d'une application de forceps infructueuse. Ces mutilations de la masse néoplasique ne furent certainement pas favorables à la réussite.

Cas de Poisson : L'examen au spéculum montre une masse rouge, bourgeonnante, fongueuse sur la lèvre antérieure du col. Le toucher vaginal détermine une zone indurée autour et le doigt revient chargé de sang et de débris épithéliaux. Les culs-de-sac donnent une sensation d'élasticité et on constate en même temps l'immobilisation de l'utérus dans le petit bassin. Amputation du col. Quatre mois après la femme revient au service en travail depuis 2 jours. Etat général mauvais, amaigrissement considérable, sciatique droite. Opération césarienne. Enfant mort une heure après. Hystérectomie abdominale totale. Suites opératoires normales. Récidive 3 mois 1/2 après.

Cas de Fritsch : Col dur, englobé dans une masse bosselée, paramètre gauche complètement libre, à droite on sent quelques noyaux résistants. Hystérectomie abdominale totale, méthode de Freund. Récidive et mort 6 mois après l'opération (Hense).

Cas de Von Ott : Cancer du col très développé qui rend im-

possible l'accouchement par les voies naturelles. Hystérectomie abdominale totale, méthode de Freund. Récidive rapide (Hense).

Cas de Delanglade : Le toucher montre que toute la portion vaginale du col est envahie par un néoplasme volumineux, le doigt pénètre aisément entre les bourgeons multiples d'un énorme chou-fleur, au milieu duquel il est impossible de trouver l'orifice utérin. Les culs-de-sac antérieurs et latéraux sont légèrement durs. Utérus mobile. Hystérectomie abdominale rendue difficile par l'envahissement de l'étage inférieur des ligaments larges, plus étendu qu'on ne le pensait. Récidive 2 mois après l'opération, on trouve en effet une induration plus que suspecte de la cicatrice vaginale.

Cas de Glockner : La portion vaginale du col présente une tumeur grosse comme un œuf de pigeon ; le vagin et le paramètre sont libres. Hystérectomie abdominale précédée d'une hystérectomie vaginale et d'application de forceps infructueuse. Récidive 21 mois après l'opération.

Cas du Professeur Herrgott : Cancer de la lèvre postérieure du col, s'étendant sur une grande partie de la paroi postérieure du vagin. Récidive 7 mois après l'opération.

Cas de Veit : La lèvre antérieure du col est détruite par un néoplasme, le col est perméable à un doigt. Au cours de l'opération, faite le 25 octobre 1906, on reconnaît une forte infiltration des ligaments recto-utérins.

Ce n'est donc pas sur ces quelques cas que l'on peut s'appuyer pour rechercher le degré d'opérabilité du cancer du col au cours du travail. Mais l'opération césarienne étant pratiquée, la femme se trouve dans la situation d'une femme non enceinte qui a un cancer du col, et le degré d'opérabilité pendant le travail se trouve être le même que celui qui est établi en dehors de l'état

gravide. Or les statistiques de Faure et de Jayle indiquent un succès considérable dans les cas localisés, mais Wertheim et Faure ont obtenu des résultats durables même dans les cas propagés aux ligaments larges et aux ganglions. Etant données les statistiques actuelles des opérations pour cancer de l'utérus, on doit pousser jusqu'à ces cas l'intervention chirurgicale. Il est bien certain que l'opérateur sera d'autant plus interventionniste qu'il aura eu antérieurement des cas semblables suivis de succès.

La diffusion du cancer aux organes voisins est par contre une contre-indication à l'intervention. Pour être suffisante l'opération doit enlever une partie du petit bassin ; il faut ouvrir la vessie, reséquer les uretères, les aboucher dans un autre point. Ce sont ces cas qui font la forte mortalité immédiate de l'hystérectomie abdominale totale, et ils ont jusqu'à présent tous récidivé.

CHAPITRE III

Conduite à tenir pendant l'accouchement en présence d'un cancer du col inopérable

---

Hystérectomie supra-vaginale. — Opération de Porro. — Césarienne conservatrice.

Lorsque pendant le travail on se trouve en présence d'un cancer du col reconnu inopérable, l'enfant étant vivant, nous avons vu que, pour sauver son existence, il fallait pratiquer le plus près possible du début du travail la Césarienne abdominale. Une fois l'enfant extrait, plusieurs conduites se présentent à l'opérateur : ou bien s'en tenir à la Césarienne conservatrice, ou au contraire extirper ce qu'il est possible de l'utérus en pratiquant soit le classique Porro, soit l'hystérectomie supra-vaginale à pédicule interne.

Nous n'avons recueilli que 3 cas dans lesquels l'hystérectomie supra-vaginale a été faite au cours du travail. Dans un de ces 3 cas, le résultat opératoire fut

excellent ; dans les deux autres cas, les femmes moururent rapidement de péritonite. Mais il est à remarquer que dans les deux cas suivis de mort, on n'est intervenu qu'après une longue attente d'accouchement spontané, et alors que la femme était en pleine infection qui était caractérisée par une température élevée et un pouls rapide.

OBSERVATION XXIX

ZWEIFEL (in Glockner. Beitr. zur Geb. und Gyn. 1902. t. VI)

Mme Re..., 34 ans, 8 grossesses parmi lesquelles une gemellaire. Poche des eaux rompue depuis 10 jours ; depuis tout ce temps, douleurs. Depuis 3 jours, écoulement de méconium. Les mouvements de l'enfant ne sont plus perçus depuis 2 jours. L'utérus est du volume d'un utérus à terme, très contracté. Écoulement sanieux et fétide par le vagin. A la place du col il existe une masse dure, bosselée, qui remplit complètement toute la voûte vaginale. L'orifice externe, qui présente une dilatation comme 3 marks, est englobé dans le tissu carcinomateux. Le pourtour du col est dur, indilatable. Température à 38°4, pouls à 140.

12 février 1894. Section césarienne, extraction d'un enfant mort. Amputation supra-vaginale de l'utérus. Mort de la femme le 6e jour de péritonite.

OBSERVATION XXX

ZWEIFEL (in Glockner, Beitr. zur Geb. und Gyn. 1902. Tome VI)

Mme Ra..., 39 ans, 9 accouchements sans le secours de l'art. Dernière menstruation il y a 7 mois. Depuis longtemps hémorragies irrégulières et écoulements abondants.

Ecoulement de liquide amniotique ; douleur dans le sacrum. Le

fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les 2 lèvres du col, particulièrement la postérieure, sont très infiltrées, friables et saignent facilement. Le cancer s'étend assez loin sur le dôme vaginal. Le canal cervical a toute sa longueur, il est perméable à un doigt. Poche des eaux rompues. Paramètre droit très dur et infiltré. Température 39°.

10 avril 1894. Section césarienne. Amputation supra-vaginale. Mort de la femme, le 9e jour, de péritonite.

OBSERVATION XXXI

Jeanne (Comptes rendus de la soc. de médecine de Rouen, séance du 8 octobre 1906, in Normandie médicale, 25 octobre 1906)

Utérus gravide contenant un fœtus de 7 mois, enlevé chez une femme de 40 ans, qui avait déjà eu 12 grossesses normales, mais dont la dernière avait coïncidé avec le développement d'un cancer du col. Cette femme arriva en travail, la poche des eaux rompue depuis 48 heures, l'enfant mort, le cordon procident et flétri, le corps de l'utérus retracté. Le toucher montra un vaste cancer du col propagé au vagin et aux ligaments larges, empêchant toute dilatation et rendant l'accouchement impossible. Séance tenante, l'hystérectomie abdominale sus-vaginale fut faite ; les suites opératoires furent d'une bénignité remarquable.

Il est difficile de se faire sur ces trois seuls cas une opinion sur la valeur de l'hystérectomie supra-vaginale pour cancer inopérable au cours du travail. Le plus gros inconvénient de cette méthode réside en ce qu'elle constitue une opération trop importante et peut-être trop sérieuse pour des cas où aucune survie durable n'est à espérer.

Cependant elle est à connaître, car elle peut rendre

service dans les cas où, l'état général de la femme le permettant, il faut extirper l'utérus alors que le développement du cancer empêche de pratiquer l'opération de Porro par impossibilité de créer un pédicule dans les tissus néoplasiques d'une extrême friabilité.

L'opération de Porro a pour elle la rapidité et la simplicité. Elle reconnaît deux indications très nettes : la rupture de l'utérus et l'infection utérine ; mais en dehors de ces deux cas à indication très nette, le Porro doit encore être préféré à la Césarienne. La statistique de Oui est en effet favorable au Porro, car elle indique comme mortalité *immédiate* maternelle 47,61 % pour la Césarienne, et 40,90 % pour le Porro. Remarquons que dans ces deux interventions, la forte mortalité est due à ce que l'on est intervenu après un long essai d'accouchement spontané ; les résultats immédiats auraient été certainement plus favorables si on était intervenu plus tôt. Mais toutes choses égales d'ailleurs, il n'en reste pas moins une mortalité plus faible dans les cas où le Porro fut exécuté. Ce résultat meilleur tient à ce que par l'extirpation de l'utérus on évite les accidents dus à la rétention de lochies septiques dont l'écoulement ne peut se faire que difficilement à travers le col rétréci par le néoplasme, et à ce que grâce au pédicule externe on isole complètement la cavité abdominale des tissus infectés par la présence au niveau du col de masses cancéreuses. En outre, en extirpant ce qu'il est possible de l'utérus, on évite les écoulements lochiales sur la surface de la tumeur, qui est ainsi mise au repos ; dans la chirurgie générale on constate l'heureux résultat du repos de la tumeur, grâce à ce repos en effet la survie se trouve être plus longue.

CONCLUSIONS

I. — *Pendant la grossesse*, lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer du col de l'utérus, il faut rechercher quelle est son étendue.

1° Si le cancer est limité au col ou même s'étend légèrement sur les bords des culs-de-sac du vagin sans envahir les ligaments larges, la grossesse étant dans les 5 premiers mois, il faut pratiquer le plus tôt possible après le diagnostic posé l'hystérectomie totale, qui à l'heure actuelle s'effectue par la voie abdominale.

Pendant les derniers mois de la grossesse la conduite est encore discutée : si on espère trouver à terme un cancer encore opérable, on peut, ayant égard au produit de conception, attendre les premières douleurs pour intervenir ; mais si on est persuadé que plus tôt on opérera meilleurs seront les résultats, il faudra alors, sans s'occuper du fœtus, pratiquer l'hystérectomie dès que le diagnostic sera porté. Les observations ne sont

pas à l'heure actuelle assez nombreuses pour indiquer quelle est la conduite à préférer.

2° Si le cancer est inopérable, et nous regardons comme tels non seulement les cancers diffusés aux organes voisins, mais encore les propagés soit au vagin sur une grande étendue, soit au paramètre, on devra tout faire pour que la grossesse arrive à terme ; il faudra s'en tenir à un traitement symptomatique inoffensif pour le produit de conception. Ce n'est que si la femme est en péril qu'une thérapeutique plus active (curettage et cautérisation) sera employée, car elle peut entraîner la terminaison de la grossesse.

II. — *Pendant le travail*, si le cancer est très localisé à une lèvre du col, on pourra tenter d'une façon très modérée l'accouchement spontané, mais se tenir prêt à intervenir à la constatation d'un arrêt ou d'une inefficacité d'action du travail. Mais il est préférable de ne pas faire l'essai de l'accouchement spontané, et dès les premières douleurs de pratiquer la Césarienne abdominale ; tout en sauvant ainsi l'enfant, on évite à la femme la fatigue et les douleurs du travail.

Lorsque le cancer est très étendu, l'indication est également d'intervenir dès le début du travail.

Dans les cas opérables, c'est-à-dire dans les cancers limités ou propagés, on fera suivre la Césarienne d'une hystérectomie abdominale totale.

Dans les cas inopérables, c'est-à-dire les diffusés, on exécutera le Porro, à moins que des indications spéciales ne réclament l'hystérectomie supravaginale (impossibilité de créer un pédicule dans les tissus néoplasiques friables).

Vu :
Nancy, le 5 Février 1909.
Le Président de Thèse,
HERRGOTT.

Vu :
Nancy, le 5 Février 1909.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 6 Février 1909.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bar. — Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement Th. agrég. Paris, 1885-86.

Bouilly. — Bull. soc. d'obst. gyn. et péd. 1901.

Briend. — Cancer et grossesse. Considérations sur la thérapeutique chirurgicale par extirpation totale du cancer de l'utérus compliqué de grossesse. Résultats et avantages de l'hystérectomie abdominale totale. Th. Lyon, 1905-06, N° 44.

Champetier de Ribes. — Bull. soc. d'obst. gyn. et péd., 1901.

Charpentier. — Traité des accouchements, 1883, tome II, page 270.

Condamin André. — De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse et les suites de couches. Th. Lyon, 1903-04. N° 76.

Condamin R. et A. Condamin. — Hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse. Ann. de gyn. 1905, p. 129.

Condamin. — Cancer du col et grossesse. Indications et contre-indications de l'hystérectomie vaginale. Critique de la césarienne vaginale. Semaine gyn. juin 1905, p. 177.

Delanglade. — Sur 2 observations d'hystérectomie pour épithé-

lioma du col compliqué de grossesse. Ann. de gyn. tome I, page 279.

Dève. — Combinaison de la césarienne et de l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers et fibromes de l'utérus. Th. Lyon, 1904.

Fehling. — Das verhalten des Arztes bei Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Carcinomacolli. Münsch. med. Wochenschr. 1897, n° 47.

Fochier. — Cancer de l'utérus, grossesse et opération césarienne, communication Françon. Lyon médical, 1888.

Fochier et Commandeur. — Hystérectomie abdominale et césarienne. Lyon médical 13 sept. 1903.

Fortim. — Bull. soc. d'obst. gyn. et péd. 9 février 1904.

Fritsch. — Sur un cas d'hystérectomie vaginale à la fin de la grossesse. Centralbl. für. Gyn. 1898, n° 1.

Gailly. — Du cancer de l'utérus gravide. Conduite à tenir pendant la grossesse. Th. Lyon, 1899-1900.

Glockner. — Ueber Uteruscarcinom und Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Dauer resultate der operativen Behandlung. Beitr. zur Geb. und Gyn. 1902, tome VI, p. 212.

Grapow. — Zeitschr. für Geb. und Gyn. tome XVII, page 110, année 1889.

Grimond. — Cancer du col et grossesse. Gaz. des hôpitaux. Sept. 1907, page 1251.

Hense. — Der Einfluss von Schwangerschaft und das Klimakterium auf die Dauer resultate der Radicaloperation des uterus carcinomes. Zeitsch. für Geb. und Gyn. 1901, tome 46, page 68.

Hernandez. — Traitement du cancer de l'utérus gravide. Ann. de gyn. 1894, page 81.

Herrgott. — Un cas de cancer utérin, cause de dystocie. Ann. de gyn. 1908.

Iahreiss. — Einige Fälle von Schwangerschaft bei Krebs der Portio vaginales. Centralbl. für Gyn. 1899, page 349.

Jeanne. — Cancer de l'utérus inopérable. Hystérectomie abdominale supra-vaginale pendant le travail. Normandie médicale, 25 octobre 1906.

Kaussmann. — Uber Uteruscarcinom bei Gravidität, Geburt und Wochenbett. Th. Berlin, 1897.

Kötschau. — Ein Fall von vaginalen Kaiserschnitt. Centralbl. für Gyn., 1899, n° 42, p. 1287.

Krükenberg. — Die Resultate der operativen Behandlung des Carcinoms und Sarkoms der Gebärmutter speciele durch die vaginale Totalexstirpations des Uterus. Zeitsch. für Geb. und Gyn. 1892, tome XXIII, page 115.

Künschert. — Th. Bonn, 1896.

Lance Briand. — Influences réciproques du cancer de l'utérus sur la grossesse et de la grossesse sur le cancer utérin. Intervention chirurgicale possible pendant la gestation et lors du travail. Th. Paris, 1884-1885, n° 178.

Legueu. — Hystérectomie abdominale pour cancer au 8e mois de la grossesse. Soc. d'Obst., Gyn. et Péd. de Paris, 14 janvier 1901.

Lehmann. — Gravidität und uterus Karcinom. Th. Halle, 1908.

Lepage. — Bull. Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., Paris, 1901.

Micholitsch. — Ein Fall von erweiterter Radikaloperation bei mit Schwangerschaft Kompliziertem Uteruskrebs. Zentralbl. f. Gyn. 1901, n° 3, p. 77.

Mittermaier. — Zur Behandlung des Uteruscarcinoms in der Gravidität. Centralbl. für Gyn., 1898, p. 5.

Mœller. — Contribution à l'étude du traitement du carcinome de l'utérus au terme de la grossesse. Centralbl. für Gyn., 1892, n° 6.

Mohr. — De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse. Th. Halle, 1889.

Murphy. — Brit. med. Journ., 10 octobre 1891.

Olshausen. — Karzinom des Uterus und Schwangerschaft Zeitschr. fur Geb. und Gyn., 1897, tome 37, p. 1.

Orthmann. — Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft nebst Beitrag zur Lehre vom vaginalen Kaiserschnitt. Monatschr. für Geb. und. Gyn., 1903, t. XVIII, n° 5, p. 718.

Oui. — Des indications thérapeutiques dans le cas de cancer utérin compliquant la grossesse. Congrès d'Alger, 1er au 6 avril 1907. Ann. de Gyn., avril 1907, p. 193.

Pinard. — Bull. méd., 12 juin 1895.

— Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd., Paris, 1901.

Pollosson. — Cancer du col. Grossesse. Hystérectomie abdominale. Ann. de Gyn. et d'Obst., août 1905, p. 479.

— Cancer du col. Grossesse. Hystérectomie abdominale. Lyon méd., 1906.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, tome I, 4e édition.

— Bull. Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., Paris, 1901.

Quenu. — Bull. Soc. d'Obst. Gyn. et péd,, Paris 1901.

Sarwey. — Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Veit'shandbuch der Gyn. III Bd II Hälfte. I Abteilung 1899.

— Uteruskarzinom und Schwangerschaft Veit'shandbuch der Gyn. III Bd. II Hälfte 1908.

Schrœder. — Centralbl. für Gyn., 1886, p. 10.

Schuhl. — Opération césarienne pour cancer du col de l'utérus. Revue médicale de l'Est, 15 août 1907.

Segond. — Bull. Soc. d'Obst. Gyn. et Péd, Paris 1901.

Sorel. — Archives prov. de Chirurgie, 1897.

Stratz. — Zeitschr. für Geb. und Gyn. tome XII.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, tome III.

Theilhaber. — Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei der Geburt. Archiv. für Gyn. 1894 t. 47, p. 56. et Ann. de Gyn. et Obst. 1894,,p. 225.

Thorn. — Zur therapie des opérablen Uteruscarcinoms am Ende der Schwangerschaft. Munchener med. Wochenschr. 1899, n° 21.

Treub. — In La pratique de l'art des accouchements, P. Bar. A. Brindeau. Chambrelent, tome II, Paris 1907.

Varnier. — Soc. d'Obst. Gyn. et Péd, Paris 1901.

Von Ott. — Monatschr. für Geb. und Gyn , 1896, tome III, page 162. Article de la « Gesellschaft für Geburt. und Gyn. zu St-Petersbourg. » Séance du 16 mars 1896.

Wertheim. — Schwangerschaft un Geburt bei Uteruskrebs in von Winckel Handbuch der geburtshülfe, tome II, 1re partie, page 474.

— Diskusion zur Demonstration v. Franquès in d. geb. gyn. gesellsch. in Wien. Sitzung v. 6 juni 1905. Ref. Zentralbl. für Gyn., 1906. n° 5, p. 158.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 5

Quelques considérations cliniques sur la nature et la marche du cancer du col de l'utérus. 7

Première Partie

CHAPITRE I. — Historique. 15

CHAPITRE II. — De la possibilité d'une intervention radicale dans les cas de cancer du col reconnus au cours de la grossesse 23

CHAPITRE III. — De la légitimité d'une intervention radicale dans les cas de cancer du col reconnus au cours de la grossesse 53

CHAPITRE IV. — Conduite à tenir en présence d'un cancer du col compliquant la grossesse. 73

Deuxième Partie

CHAPITRE I. — Conduite à tenir pour sauver l'enfant. . . 79

CHAPITRE II. — De l'opérabilité du cancer du col pendant l'accouchement. 85

CHAPITRE III. — Conduite à tenir pendant l'accouchement en présence d'un cancer du col inopérable 101

CONCLUSIONS 105

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 109

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY